



HAL
open science

Repérage et accompagnement des femmes victimes de violences conjugales en masso-kinésithérapie

Lorraine Kersale

► **To cite this version:**

Lorraine Kersale. Repérage et accompagnement des femmes victimes de violences conjugales en masso-kinésithérapie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03791268

HAL Id: dumas-03791268

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03791268v1>

Submitted on 29 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

**Repérage et accompagnement des femmes
victimes de violences conjugales en masso-
kinésithérapie**

KERSALE Lorraine

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2018-2022

Session « Juin 2022 »

SOMMAIRE

I. Introduction.....	1
I.1 Situation d'appel	1
I.2 Questionnement.....	2
II. Cadre conceptuel.....	3
II.1 Les violences conjugales.....	3
II.2 Les actions de lutte contre les violences conjugales	10
II.3 Le masseur-kinésithérapeute et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales	17
III. Démarche réflexive	19
III.1 Problématisation	19
III.2 Hypothèses de recherche	19
III.3 Compétence et sentiment de compétence.....	20
IV. Méthodologie	21
IV.1 Choix de l'outil.....	21
IV.2 Le questionnaire	21
IV.3 Méthodologie d'analyse des résultats.....	31
V. Résultats.....	32
V.1 Section « Données administratives »	32
V.2 Section « Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales ».....	34
V.3 Section « Contenu de la formation initiale ».....	37
V.4 Section « Parcours de formation continue »	38
V.5 Section « Sentiment de compétence et expérience ».....	40
VI. Discussion	42
VI.1 Analyse et interprétation des résultats	42
VI.2 Limites de l'étude	57

VI.3	Perspective de l'étude.....	62
VI.4	Projection professionnelle	63
VII.	Conclusion	64
BIBLIOGRAPHIE		65

LISTE DES ABREVIATIONS

CAWI : Computer Assisted Web Interviewing

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

FC : Formation Continue

FI : Formation Initiale

FNEK : Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

HCEfh : Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

MK : Masseur-Kinésithérapeute

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PACS : Pacte Civil de Solidarité

PEC : Prise En Charge

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Statut d'exercice de l'échantillon	32
Figure 2 : Répartition du sexe de l'échantillon	32
Figure 3 : Région d'exercice de l'échantillon	33
Figure 4 : Année d'obtention du diplôme de l'échantillon.....	33
Figure 5 : « Avez-vous connaissance des recommandations de la HAS ? »	34
Figure 6 : Fréquence de dépistage des violences	34
Figure 7 : « Sauriez-vous quantifier approximativement le nombre de fois que vous avez abordé la question dans votre carrière ? ».....	35
Figure 8 : « Avez-vous déjà pris en charge une femme victime de violences conjugales ? »	35
Figure 9 : Aisance des MK pour aborder le sujet	36
Figure 10 : Pourquoi ont-ils répondu « je ne sais pas » ?	36
Figure 11 : « Au cours de votre formation initiale, avez-vous reçu des enseignements sur la thématique des violences conjugales ? »	37
Figure 12 : « Avez-vous trouvé ces enseignements utiles et adaptés ? »	37
Figure 13 : « Auriez-vous souhaité recevoir des enseignements ? »	37
Figures 14 : « Avez-vous reçu des enseignements sur les violences conjugales au cours de votre formation continue? »	38
Figure 15 : « Ces enseignements vous ont-ils été utiles et bénéfiques ? »	38
Figure 16 : « Pensez-vous qu'il vous serait-il utile et bénéfique de recevoir des enseignements à ce sujet ? »	39
Figure 17 : « Diriez-vous que vous êtes sensibilisés au sujet des violences conjugales ? »	39
Figure 18 : Sentiment de compétence des MK dans le dépistage.....	40
Figure 19 : Sentiment de compétence des MK dans la prise en charge.....	40
Figure 20 : Sentiment de compétence des MK dans l'accompagnement	40
Figure 21 : « L'expérience vous rend-elle plus compétent pour prendre en charge ces femmes ? »	41
Figure 22 : Graphique croisé dynamique (formation initiale et compétence)	44
Figure 23 : Graphique croisé dynamique (formation continue - sujet principal et compétence).....	45

Figure 24 : Graphique croisé dynamique (formation continue – sujet abordé et compétence).....	46
Figures 25 : Graphique croisé dynamique (expérience et compétence).....	50
Figure 26 : Enseignement en FI en fonction des années d'obtention du diplôme.....	51
Figure 27 : Moyenne du sentiment de compétence en fonction de l'année d'obtention du diplôme	52
Figure 28 : L'expérience améliore-t-elle la compétence dans la prise en soin ?.....	55
Figure 29 : Graphique croisé dynamique (statut et sentiment de compétence).....	56

LISTE DES TABLES

Tableau 1 : Moyennes du sentiment de compétence en fonction de l'enseignement en FI	44
Tableau 2 : Moyennes du sentiment de compétence en fonction de l'enseignement en FC - sujet principal	45
Tableau 3 : Moyennes du sentiment de compétence en fonction de l'enseignement en FC - sujet abordé.....	46
Tableau 4 : Effectifs observés du sentiment de compétence en fonction de l'enseignement en FI.....	47
Tableau 5 : Effectifs théoriques du sentiment de compétence en fonction de l'enseignement en FI	48
Tableau 6 : Moyennes du sentiment de compétence en fonction de l'année d'obtention du diplôme	52
Tableau 7 : Tableau croisé dynamique (FI et FC - sujet principal)	53
Tableau 8 : Tableau croisé dynamique (FI et FC - sujet abordé).....	53
Tableau 9 : Effectifs théoriques du croisement des variables FI et FC - sujet abordé....	54
Tableau 10 : Tableau du test du Khi-deux d'indépendance entre les variables FI et FC - sujet abordé.....	54
Tableau 11: Moyennes du sentiment de compétence en fonction de l'expérience	55
Tableau 12 : Moyennes du sentiment de compétence en fonction du statut d'exercice..	56

I. Introduction

I.1 Situation d'appel

Mars 2020, l'épidémie de la Covid-19 se répand en France et un premier confinement est instauré en conséquence. Octobre 2020, la population française se trouve de nouveau confinée pour limiter les contaminations liées à la deuxième vague de la Covid-19. A cet instant, la situation des femmes est plus que jamais d'actualité : une augmentation des faits de violence est redoutée. Juillet 2020, la MIPROF (Mission Interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) publie son rapport « *Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions* » : le nombre de signalements de violences a été multiplié par 4,4 par rapport à l'année 2019 (1).

C'est ainsi que j'ai commencé à me questionner sur l'impact que pourraient avoir les violences conjugales dans ma future pratique. En me renseignant davantage sur cette thématique, je me suis rendu compte que les masseurs-kinésithérapeutes sont clairement mentionnés dans les recommandations 2019 de la HAS (Haute Autorité de Santé) concernant le repérage des femmes victimes de violences conjugales : « *Ces recommandations s'adressent plus particulièrement aux professionnels de santé intervenant en premier recours ou dans le cadre de la prévention : médecin généraliste, médecin urgentiste, pédiatre, gynécologue médical, gynécologue obstétricien, psychiatre, médecin du travail, sage-femme, infirmier(e) des urgences et libéral(e), infirmier(e) puériculteur(trice), chirurgien-dentiste, masseur kinésithérapeute* » (2). Or, à ce stade de mes études, je n'avais pas encore reçu d'enseignements sur cette thématique. Je me suis alors demandé comment j'agisais si j'étais amenée à prendre en charge une femme victime de violences conjugales ; je me suis rendu compte que je ne saurais pas comment aborder la question sans paraître intrusive, que je ne saurais pas vers qui réorienter, qui prévenir.

De même, plusieurs masseurs-kinésithérapeutes diplômés (entourage, tuteurs de stage et formateurs) m'ont confié ne pas avoir reçu d'enseignements au cours de leur formation initiale et ne pas savoir réellement que faire face à une femme victime de violences conjugales. Et pourtant, il s'agit d'un fléau social encore bien trop répandu auquel nous serons probablement confrontés au cours de nos carrières.

I.2 Questionnement

Les masseurs-kinésithérapeutes font donc partie des professionnels de santé pouvant et devant intervenir dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Cependant, comment espérer une prise en charge efficace s'ils ne sont pas formés à reconnaître les signes de violences ? Les masseurs-kinésithérapeutes sont amenés à toucher le corps, et parfois même à dénuder certaines zones ; la question se pose de savoir comment cela peut être perçu par une femme victime de violences conjugales et comment adapter en conséquence notre pratique. Ainsi, pourquoi n'y-a-t'il pas toujours d'enseignements obligatoires dispensés dans tous les IFMK (Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie) ? Cela est d'autant plus étonnant que la loi n° 2014-873 du 4 août 2014, pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, fixe « *l'obligation d'intégrer dans la formation initiale et continue de certains professionnels des modules sur les violences intrafamiliales et faites aux femmes* » (3). Ce sont tous ces éléments qui m'ont amené à me demander : « **Les masseurs-kinésithérapeutes se sentent-ils compétents dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales ?** ».

II. Cadre conceptuel

Avant de définir ce que sont les violences conjugales, il est important de revenir sur la notion de violence à l'égard des femmes. Selon l'ONU (Organisation des Nations Unies), il s'agit de « *tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* » (4). Ces violences sont un enjeu de Santé Publique majeur et constituent une violation des droits de la femme.

Parmi les violences à l'égard des femmes, les violences conjugales, aussi appelées violences exercées par un partenaire intime, sont les plus fréquentes.

Ce mémoire, bien qu'orienté sur les femmes victimes de violences conjugales, ne nie pas l'existence des violences envers les hommes, toutes aussi graves.

II.1 Les violences conjugales

II.1.1 Définition

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit les violences exercées par un partenaire intime, comme « *tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination* » (5).

Ces violences peuvent prendre place dans n'importe quel type de relation : qu'elle soit reconnue dans le cas de couples mariés ou pacsés, ou qualifiée d'union libre. Cette définition s'étend également aux couples séparés, divorcés, ou ayant rompu le PACS (Pacte Civil de Solidarité) qui les unissait. Néanmoins, les violences conjugales sont deux fois plus nombreuses au sein des couples que chez les ex-partenaires. Ces violences peuvent être commises par l'homme comme par la femme du couple, mais il est important de rappeler que les femmes restent les principales victimes.

Il existe notamment quatre grands types de violences conjugales :

- les violences physiques : il s'agit des coups et blessures portés par l'un des partenaires sur son conjoint, pouvant aller jusqu'au meurtre,
- les violences psychologiques, émotionnelles : il est question de harcèlement moral, de la profération de menaces ou d'insultes, de chantage affectif, d'humiliation et d'actes d'intimidation,
- les violences sexuelles : le viol, les attouchements sexuels non consentis font partie de ces violences, même dans le cadre d'un mariage (reconnu comme circonstance aggravante par la législation),
- les violences économiques, administratives : il s'agit de la privation de ressources financières (interdiction de travailler, d'utiliser une carte bancaire) et le maintien volontaire dans la dépendance d'un des partenaires, de la confiscation des documents (carte d'identité, passeport, diplômes).

Ces différentes formes de violences peuvent co-exister au sein d'un couple, et ne consistent pas seulement en la présence de coups et blessures. Il est admis que « *la violence physique dans les relations intimes s'accompagne souvent de violence psychologique et, dans un tiers à plus de la moitié des cas, de violence sexuelle* » (6).

Les faits de violence sont souvent répétitifs et s'aggravent dans le temps, d'où l'importance d'un dépistage précoce des femmes victimes de violences conjugales (7).

II.1.2 Différence entre les conflits conjugaux et les violences conjugales

Avant d'aller plus loin et afin de bien comprendre ce dont il est question par le terme de « violences conjugales », il est important de les différencier des conflits conjugaux.

Les désaccords au sein d'un couple sont fréquents, sans pour autant être assimilables à des violences conjugales. Dans un rapport public du Docteur Roland Coutanceau et du Ministère de la Cohésion Sociale et de la Parité, le conflit conjugal est défini comme « *un mode relationnel interactif fondé sur un désaccord ponctuel auquel il faut trouver une solution* » alors que « *le propre de la violence est de refuser de placer l'autre sur un pied d'égalité et de nier sa qualité de sujet* » (8). Cette notion d'égalité au sein du couple est fondamentale dans l'interprétation du conflit. Un conflit se résout sans

violence, par la discussion et la médiation. La violence conjugale fait écho à la notion de domination, de supériorité, à la recherche de pouvoir sur le partenaire et cela de manière répétée et cyclique. La victime est maintenue volontairement dans un climat de peur et de tension (9).

Dans son ouvrage intitulé « *L'enfant exposé à la violence conjugale, son vécu, notre rôle, l'enfant une éponge* » (2012), Louise Paradis, une anthropologue médicale, évoque quatre critères permettant de distinguer les violences conjugales d'un conflit conjugal :

- le pouvoir : dans les violences conjugales, le partenaire cherche à avoir le pouvoir sur l'autre,
- l'intention : dans les violences conjugales, le conflit ne recherche pas la médiation mais devient un prétexte pour avoir le pouvoir sur l'autre,
- la persistance : dans les violences conjugales, les conflits sont répétés et cycliques pour réaffirmer régulièrement l'autorité d'un partenaire sur l'autre,
- l'impact : dans les violences conjugales, le partenaire « victime » n'ose plus s'exprimer librement par peur de représailles (10).

II.1.3 Epidémiologie des violences conjugales

Au niveau mondial et selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la proportion de femmes victimes ou ayant été victimes de violences exercées par un partenaire intime est de l'ordre de 30%, soit près d'une femme sur trois. De plus, 38% des meurtres de femmes sont imputables au partenaire intime (5). 82% des meurtres au sein du couple concernent les femmes. Parmi ces femmes tuées, 41% d'entre elles étaient déjà victimes de violences conjugales avant leur décès (11). Les mobiles de ces féminicides sont principalement la rupture non consentie par le partenaire et les désaccords, disputes au sein du couple. Dans près de 40 % des cas, les violences s'intensifient ou débutent pendant la grossesse (12).

Selon la HAS, en France et au cours d'une année, il est estimé que 213 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein de leur couple. Cela représente une femme sur dix. Cependant, ces chiffres ne prennent pas en compte les violences verbales, psychologiques ou encore administratives (2). En

2021, 113 femmes ont été tuées par leur partenaire intime. Elles étaient 102 en 2020 et 146 en 2019.

Concernant les femmes en situation de handicap et selon une résolution du Parlement Européen datant de 2007, quatre femmes sur cinq sont victimes de violences conjugales (13).

Dans près de la moitié des cas, les viols ou tentatives de viols sont commis par le partenaire ou l'ex-partenaire (7).

Les violences exercées par un partenaire intime n'épargnent aucune classe socio-économique ou culturelle, elles touchent autant les jeunes femmes que les femmes plus âgées.

Ces chiffres, bien trop importants, montrent l'urgence de la situation et l'enjeu de Santé Publique qui en découle. D'autant plus que seul 18% des femmes victimes de violences conjugales iront porter plainte à la gendarmerie (2).

II.1.4 Causes et facteurs de risque des violences conjugales

Il est communément admis que les violences conjugales résultent d'une combinaison de plusieurs facteurs : individuels, relationnels, communautaires et sociétaux (14). Ces facteurs peuvent concerner l'homme et donc la probabilité qu'il puisse commettre des actes violents, ou la femme et donc la probabilité qu'elle soit victime de violences.

Concernant les facteurs individuels, la probabilité qu'un homme se montre violent est augmentée par :

- le jeune âge,
- un faible niveau d'instruction,
- l'exposition à la violence pendant l'enfance,
- la consommation de substances illicites et d'alcool,
- les troubles de la personnalité,
- l'acceptation et la banalisation de la violence,
- des antécédents de partenaires violents.

Certains de ces facteurs sont communs à ceux retrouvés chez les femmes victimes de violences, notamment le faible niveau d'instruction, l'exposition à la violence interparentale, l'acceptation de la violence, et les conduites addictives. Auxquels s'ajoutent les antécédents de sévices sexuels pendant l'enfance et les antécédents de violences à titre de victime.

Les facteurs relationnels associés aux violences conjugales sont :

- les conflits et/ou insatisfactions dans le couple,
- une différence d'âge importante entre les deux partenaires,
- l'existence de domination masculine dans les familles,
- le stress économique,
- avoir plusieurs partenaires pour l'homme,
- une femme ayant un niveau d'instruction supérieur que son partenaire.

Les facteurs communautaires et sociétaux comprennent eux :

- la pauvreté,
- les croyances qui perpétuent l'inégalité entre les hommes et les femmes,
- la faible considération sociale et économique des femmes,
- les faibles sanctions juridiques et communautaires à l'égard des violences conjugales,
- l'acceptation sociale de la violence comme étant la solution aux conflits,
- le niveau de violence élevé dans la société,
- l'absence de droits civils des femmes dans certaines sociétés.

Selon l'OMS, « *l'inégalité entre les hommes et les femmes et les normes relatives à l'acceptabilité de la violence contre les femmes sont l'une des causes profondes des violences conjugales* » (5).

II.1.5 Les conséquences des violences conjugales

Les conséquences à court et long termes de ces violences sont multiples ; elles concernent la santé physique, psychologique, sexuelle et reproductive de la femme mais entraînent également des répercussions sur la vie familiale, sociale, professionnelle et donc des retombées économiques à l'échelle du foyer mais aussi du pays.

II.1.5.1 A l'échelle de la femme et du foyer

En effet, les violences conjugales entraînent des traumatismes physiques ; selon l'OMS, « 42% des femmes qui subissent des violences de la part d'un partenaire intime signalent des blessures consécutives à l'acte » (5). Ces blessures comprennent les ecchymoses, les fractures, les tentatives d'étranglement, les dents cassées, les lésions cérébrales, les atteintes visuelles et auditives, les traumatismes à l'abdomen, au thorax, au dos et au cou (14). Les abus sexuels au sein du couple exposent les femmes à des problèmes gynécologiques (infections urinaires, maladies inflammatoires pelviennes), des grossesses non désirées, des avortements (parfois réalisés dans de mauvaises conditions sanitaires), des accouchements prématurés et à un risque augmenté de contracter une infection sexuellement transmissible (1,5 fois plus que la population générale) (5). Le mal être physique et psychologique peut se traduire par des céphalées, des douleurs diffuses (dos et abdomen), des troubles gastro-intestinaux, et une altération de l'état général. Ce sont des maux auxquels les médecins ne trouvent pas d'origine « anatomique » et sont donc attribués au stress. Ces atteintes physiques peuvent aller jusqu'au décès de la femme.

Les femmes victimes de violences conjugales souffrent davantage de troubles anxieux, alimentaires et du sommeil. Ces femmes sont deux fois plus nombreuses à connaître des épisodes de dépression et sont plus à risque de tentative de suicide. Des tendances à l'isolement, à l'augmentation des conduites à risques (alcoolisme et toxicomanie) et autodestructrices sont également observées dans cette population (5)(14). Les femmes victimes de violences conjugales seraient jusqu'à 6 fois plus à risque de développer une addiction aux drogues (15).

Les violences exercées par le partenaire intime entraînent donc des répercussions directes sur la santé des femmes (blessures) mais également indirectes par le développement de pathologies chroniques secondaires à l'exposition à un stress prolongé. Même après l'arrêt des violences, ces conséquences peuvent persister sous forme d'état

de stress post-traumatique. D'après l'OMS, « *les femmes brutalisées étaient par ailleurs deux fois plus nombreuses que les autres à présenter un mauvais état de santé général et des problèmes de santé physique et mentale, même si la violence datait déjà de plusieurs années* » (14). L'intensité des violences conjugales est corrélée à l'importance des impacts sur la santé de ces femmes.

Les conséquences sur la vie familiale concernent notamment les enfants, plus susceptibles de présenter des troubles comportementaux et émotionnels et de reproduire ce schéma de violence dans leur vie future ou à en être victime. Plus grave encore, des taux plus élevés de morbidité et de mortalité chez le nourrisson et l'enfant sont associés à ces violences conjugales (5).

Finalement, les répercussions professionnelles et économiques font écho à l'incapacité au travail, à la perte de ressources financières et à l'isolement de ces femmes (5).

II.1.5.2 A l'échelle du pays

Les violences conjugales entraînent également d'importantes répercussions économiques à l'échelle du pays. En France et selon une étude de 2015 (16), le coût des violences conjugales est estimé à 3.6 milliards d'euros par an :

- 2.5 milliards d'euros concernent les violences faites aux femmes,
 - o les coûts indirects (absentéisme, incapacité totale au travail, incarcérations, décès, viols) représentent 1.9 milliards d'euros,
 - o les coûts directs non médicaux (police, gendarmerie, justice, arrêt de travail, revenu de solidarité active, hébergement, aides au logement, soutien social) représentent 332 millions d'euros,
 - o les coûts directs médicaux (urgence, hospitalisations, consultations, médicaments, dispositifs médicaux) représentent 282 millions d'euros,
- 622 millions d'euros concernent les violences faites aux hommes,
- 422 millions d'euros concernent les enfants.

Au niveau européen, le coût des violences conjugales est estimé à 16 milliards d'euros par an.

II.1.6 Impact de la COVID-19 sur les violences conjugales

Depuis le début de la pandémie, de nombreux pays comme la France, la Chine, le Royaume-Uni, ou encore les Etats-Unis d'Amérique, ont fait état d'une augmentation des cas de violences conjugales. L'OMS a répertorié les facteurs de risques aggravants liés au COVID-19 (17) :

- le stress : cela concerne la perspective de perte de revenu, d'emploi,
- la perturbation des liens sociaux : les femmes victimes de violences conjugales sont davantage isolées, ne peuvent plus recevoir le soutien et la protection de leurs familles ou amis,
- l'activité plus limitée des services d'aide (refuges pour femmes victimes de violences conjugales, services de protection, numéro d'urgence),
- les périodes de confinement : elles entraînent une augmentation du temps passé en contact étroit avec le partenaire violent.

En France, la MIPROF fait état d'une large augmentation des signalements de violences conjugales dans son rapport datant de juillet 2020. En effet, les diverses plateformes ont enregistré 4,4 fois plus de signalements sur les périodes de confinement par rapport à l'année précédente (1). Dans ce même rapport, la MIPROF mentionne que les interventions à domicile ont, elles aussi, sensiblement augmenté. Cependant, le nombre de féminicides a diminué en 2020, alors que le nombre de tentatives a lui augmenté.

II.2 Les actions de lutte contre les violences conjugales

L'Organisation des Nations Unies (ONU), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Haute Autorité de Santé (HAS), la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCEfh), et bien d'autres, sont autant d'instances luttant contre les violences conjugales.

A cela s'ajoute l'action de nombreuses associations nationales œuvrant pour l'égalité homme-femme, la prévention et l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales. Par exemple, la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF) se compose de 65 associations dédiées à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Les associations du réseau France victimes, travaillant en

collaboration avec le Procureur de la République, proposent une assistance dans les démarches juridiques pour ces femmes (7).

Une plateforme d'écoute nationale « Violences Femmes Infos », en composant le 3919, a été mise en place pour écouter, informer et réorienter les femmes victimes de violences conjugales, leur entourage ou les professionnels de santé. Il s'agit d'un service gratuit et anonyme, géré par la FNSF. De la même manière, une plateforme de signalement en ligne (<https://www.service-public.fr/cmi>) permet la mise en correspondance avec des policiers et gendarmes formés aux violences sexistes et sexuelles pouvant demander une intervention. Ce service est gratuit, disponible 24h/24 et 7j/7, et anonyme (18).

II.2.1 Prévention primaire

De nombreuses stratégies de prévention sont mises en place à différents niveaux pour lutter contre les violences conjugales (5,14).

Au niveau sociétal, ces mesures cherchent à :

- mener des campagnes de sensibilisation et de conseils pour favoriser l'accès aux services d'aide et de soin pour les femmes victimes de violences,
- réaliser des visites à domicile par un professionnel de santé compétent dans les foyers à risque pour prévenir la récurrence,
- favoriser l'autonomie et l'indépendance financière des femmes,
- favoriser l'égalité homme-femme et lutter contre les stéréotypes et normes sociales menant à l'apparition de la violence,
- développer la communication pour inciter aux changements de comportement, au sein des couples et des communautés,
- limiter l'accès et l'usage d'alcool ou autres substances illicites.

Au niveau législatif et juridique, des textes de lois et politiques sont élaborés afin de :

- mettre fin à la discrimination contre les femmes dans différents domaines (mariage, divorce, autorité parentale, droit successoral et patrimonial),
- promouvoir l'accès à des emplois rémunérés,
- de renforcer la définition et la punition des violences sexuelles au sein du mariage,
- sensibiliser les policiers et juges aux violences conjugales,
- favoriser l'application des lois déjà existantes.

Au niveau du secteur de Santé, les professionnels doivent :

- appuyer le caractère inacceptable des violences faites aux femmes,
- être formés et sensibilisés au sujet des violences conjugales afin d'offrir la meilleure prise en charge possible de ces femmes,
- être capable de dépister les situations de violences conjugales afin de les prévenir et de limiter leurs récurrences,
- soutenir et réorienter les femmes victimes de violences conjugales,
- recueillir les données sur la prévalence des violences conjugales pour le suivi au niveau national.

Les professionnels de Santé jouent donc un rôle crucial dans le dépistage et l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales. Pourtant, les violences conjugales sont considérées comme sous-détectées par les services de santé au niveau international. En effet, une étude anglaise menée dans un service psychiatrique a montré que seulement 10 à 30% des violences conjugales étaient détectées. Ce taux de détection s'améliore lorsqu'un dépistage systématique est mis en place (15).

II.2.2 Recommandations HAS 2019

En juin 2019 (mise à jour en décembre 2020), la HAS a publié ses recommandations de bonne pratique sur le thème du repérage des femmes victimes de violences conjugales. Ces recommandations ont pour objectif de (2) :

- « renforcer l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes,
- favoriser le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple,
- faciliter la coordination entre professionnels concernés ».

Les messages clés à retenir et mettre en place sont indiqués en annexe I (7).

Elles concernent tous les professionnels de Santé intervenant en premier recours ou dans le cadre de la prévention : médecins, gynécologues, sage-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, psychiatre, chirurgiens-dentistes. Ces recommandations s'étendent également aux pharmaciens, aides-soignants, auxiliaires de vie, assistants sociaux, ou encore psychologues qui peuvent être confrontés à des situations de violences conjugales. Il est d'ailleurs fortement recommandé aux professionnels de Santé de se constituer un réseau de partenaires vers qui réorienter les patientes en fonction de leurs besoins.

Si un professionnel de Santé suspecte une situation de violence conjugale mais que la patiente ne souhaite pas en parler, il est recommandé de ne pas forcer la patiente à aborder ce sujet, de lui transmettre les informations nécessaires sur les services d'aide associatifs, judiciaires et sanitaires disponibles, et de retranscrire dans son dossier les signes d'alerte observés (7).

Lors de la révélation des violences par une patiente, le professionnel de Santé doit se montrer à l'écoute, et ne doit pas remettre en question son témoignage ou juger la situation. Il doit interroger la présence d'enfants dans le foyer car « toute situation de violence au sein du couple constitue une situation de maltraitance pour les enfants qui y sont exposés » (7).

Les professionnels de Santé peuvent établir un certificat à la demande de la patiente pour témoigner des violences observées. Ce certificat appuie les démarches juridiques et permet de faire valoir les droits de la femme, ainsi que la mise en place d'une mesure de protection. Le CNOMK (Conseil National de l'Ordre des Masseurs-

Kinésithérapeutes) propose notamment un modèle de certificat pré-rempli téléchargeable sur leur site (19) et consultable en annexe II.

II.2.3 Dépistage et signes d’alerte des violences

La HAS recommande donc à tous les professionnels de santé de dépister les violences conjugales de manière systématique, même en l’absence de signes d’alerte. Pour cela, la HAS a établi une liste de questions qui peuvent être posées et adaptées en fonction du contexte (annexe III), en précisant que ces questions sont abordées avec toutes les patientes.

Dans l’une de ses fiches intitulée « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple COMMENT REPÉRER – ÉVALUER », la HAS détaille les divers signes devant alerter les professionnels de Santé (annexe IV) (20).

D’autres signes doivent également attirer l’attention :

- un contact visuel faible avec la patiente,
- un délai important entre l’acte violent et la consultation médicale,
- des antécédents de consultation multiples pour des blessures,
- le non-respect des horaires de rendez-vous, des rendez-vous annulés de manière répétée, ou annulés par le partenaire,
- une non-observance des traitements médicamenteux,
- un partenaire refusant de laisser sa conjointe seule avec un professionnel de Santé, ou essayant d’écourter la consultation,
- une victime recherchant l’accord du partenaire avant de parler (21).

II.2.4 Sanctions pénales

Les violences conjugales sont des actes punis par la loi. Il convient de rappeler que dans le cadre des féminicides, le fait que le meurtrier soit le partenaire ou l’ex-partenaire constitue un facteur aggravant.

Différentes sanctions pénales sont prévues en fonction du type et de la gravité des violences (22).

II.2.4.1 Violences légères et isolées

Des mesures alternatives peuvent être proposées par le Procureur de la République si les violences sont considérées comme légères et isolées. Parmi ces mesures, on retrouve :

- la composition pénale : elle permet d'éviter un procès si l'auteur reconnaît les violences et qu'il accepte la sanction proposée dans ce cadre par le procureur (par exemple : réparation du préjudice auprès de la victime, interdiction d'approcher le domicile de la victime, interdiction d'entrer en contact avec la victime, réalisation de stage sur les violences conjugales). Si l'auteur refuse la sanction, le procureur peut engager des poursuites.
- un simple rappel à la loi : le procureur rappelle les obligations prévues par la loi et les sanctions encourues si l'auteur des violences ne les respecte pas.
- l'obligation pour l'auteur des faits de participer à un stage de responsabilisation et de prévention des violences conjugales, à ses frais,
- la médiation pénale : il s'agit d'une négociation entre la victime et l'auteur des faits concernant la réparation du préjudice. Cela permet d'éviter un procès. Cependant, si l'auteur ne respecte pas l'accord, le procureur est en droit d'engager des poursuites.

II.2.4.2 Violences physiques

Dans le cadre des violences physiques, les sanctions prévues sont adaptées en fonction du nombre de jour d'incapacité totale de travail qu'elles ont entraîné. Il existe deux cas de figure :

- pour une incapacité totale de travail inférieure ou égale à 8 jours : l'auteur des violences encourt jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende. Ces peines peuvent être augmentées à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende si les violences conjugales sont répétées et reconnues comme « habituelles »,
- pour une incapacité totale de travail supérieure à 8 jours : les sanctions peuvent aller jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende. Dans le cas de violences habituelles, ces peines peuvent conduire à 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende.

En cas de violences causant la mort involontaire de la femme, l'auteur encourt :

- 20 ans d'emprisonnement dans le cadre d'un épisode de violence isolé,
- 30 ans d'emprisonnement dans le cadre de violences habituelles.

En cas de tentative de meurtre ou de meurtre volontaire, l'auteur est condamné à l'emprisonnement à perpétuité.

II.2.4.3 Violences sexuelles

Les violences sexuelles comprennent à la fois le viol et les agressions sexuelles. Elles sont considérées et punies quelle que soit la nature de la relation entre les partenaires (mariage, Pacs, union libre) dans le cadre des violences conjugales.

Le viol est décrit comme « *une atteinte sexuelle avec pénétration commise sans le consentement de la victime* » (23). La loi le considère comme un crime, passible de 20 ans d'emprisonnement (22).

Les agressions sexuelles sont décrites comme « *toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* » (24), cela comprend notamment les attouchements. Elles sont considérées comme une infraction et sont passibles de 7 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende (22).

II.2.4.4 Violences psychologiques

Les violences psychologiques, parfois plus difficiles à prouver, sont également punies par la loi. Si elles entraînent une incapacité totale de travail inférieure ou égale à 8 jours, l'auteur encourt jusqu'à 3 ans de prison et 75 000 € d'amende (22).

II.2.5 L'ère des réseaux sociaux

La contribution des réseaux sociaux pour libérer la parole autour des violences faites aux femmes est aujourd'hui indéniable.

L'un des mouvements les plus emblématiques, nommé « #MeToo », devenu viral en 2017, a permis à de nombreuses femmes de dénoncer les violences auxquelles elles ont pu faire face dans leur vie. Créé en 2006 par Tarana Burke, ce mouvement offre la possibilité aux femmes de se confier, d'être écoutées et comprises par cette communauté. En quelques mois, ce sont plusieurs millions de témoignages qui seront publiés sous ce hashtag dont ceux de plusieurs personnalités publiques influentes. « #MeToo », loin d'être éphémère, est devenu un vrai mouvement social s'inscrivant dans la durée. De multiples déclinaisons nationales, comme « #BalanceTonPorc » en France, « #WhatWereYouWearing » dans les pays anglo-saxons, sont nées de ce mouvement et ont permis de montrer l'ampleur du problème que représentent les violences envers les femmes (25).

II.3 Le masseur-kinésithérapeute et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales

Comme mentionné précédemment et selon les recommandations de la HAS, les masseurs-kinésithérapeutes font partie des professionnels de Santé intervenant dans la prévention, le dépistage et l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales.

En tant que masseur-kinésithérapeutes, nous avons l'opportunité de prendre en charge des patients sur le long terme. La fréquence de nos séances nous offre la possibilité de créer une vraie relation de confiance et d'échange avec nos patients. Cela construit un climat propice aux révélations dans le cadre des violences conjugales. Notre rôle dans le dépistage est également essentiel car nous sommes amenés à dénuder certaines zones du corps qui pourraient révéler des marques de violences physiques. Dans ce cas, il est important d'aborder le sujet si la patiente ne le fait pas d'elle-même. Les violences psychologiques et sexuelles, moins visibles, doivent faire l'objet d'une recherche par le questionnement et la prise en compte des facteurs de risque détaillés précédemment.

Le masseur-kinésithérapeute, par cette relation privilégiée, fait donc partie des acteurs de première ligne dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Cependant, deux enquêtes (26), menées notamment par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK), la Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie (FNEK) et la MIPROF, ont révélées que globalement les masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas formés sur la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Une première enquête, interrogeant 473 étudiants en masso-kinésithérapie, a montré que 88 à 95% de ces étudiants n'ont pas reçu d'enseignements sur les thèmes des violences conjugales et des violences sexuelles. Pour ceux ayant reçu une formation, celle-ci était inférieure à 3 heures. Et pourtant, cette enquête a révélé une réelle attente de formation car plus de 9 étudiants en masso-kinésithérapie sur 10 souhaiteraient être formés à ces thématiques. Pour les étudiants ayant pris en charge un femme victime de violences au cours de leurs stages, 92 à 95% d'entre eux se sont sentis insuffisamment préparés ou compétents. Alors que 95% pensent qu'ils ont un rôle dans la prise en charge de ces femmes. Concernant le dépistage systématique par la question « *Avez-vous été victime de violences ?* », 63% des étudiants auraient du mal à l'aborder, 30% penseraient être capable de la poser, et 37% aimeraient pouvoir la poser plus souvent. Cela montre bien qu'il existe encore un tabou autour de la violence envers les femmes.

Cette même tendance est observée lors de l'enquête sur les masseurs-kinésithérapeutes diplômés. Sur 345 professionnels interrogés, 91% n'ont pas été formés, 83% souhaiteraient l'être et 85% pensent qu'une formation les aiderait à mieux prendre en charge ces femmes victimes de violences conjugales. Deux tiers des MK estiment que l'absence de formation est l'obstacle majeur au dépistage des violences. Pour ce qui est du dépistage systématique, seuls 18% des MK le pratiquent. Dans la plupart des cas, les révélations de violences viennent des femmes. Et ce sont entre 85 et 92% de professionnels qui se sentent insuffisamment formés ou incompétents dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Le rapport de ces enquêtes montre bien le décalage entre ce qui peut être attendu de la profession, et ce qui est actuellement mis en œuvre. Il existe donc un fossé entre la théorie et la pratique.

III. Démarche réflexive

III.1 Problématisation

L'enquête de la MIPROF, de la CNOMK et de la FNEK révèle donc le manque de formation des masseurs-kinésithérapeutes et le souhait de se voir proposer davantage de formations sur le thème des violences faites aux femmes. Cependant, cette enquête a recensé 345 réponses de masseurs-kinésithérapeutes sur les 95 000 que compte la France. La question se pose donc de savoir si les résultats de cette enquête sont représentatifs et transposables à d'autres échantillons. Une autre dimension, celle de l'expérience du professionnel de Santé interrogé, n'a pas été abordée au cours de cette enquête.

Ainsi, ce mémoire s'inscrit dans la continuité de cette enquête et portera sur « **En quoi la formation et l'expérience influencent-elles le sentiment de compétence des masseurs-kinésithérapeutes dans le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales ?** ».

III.2 Hypothèses de recherche

Conformément aux résultats de l'enquête précédente, les masseurs-kinésithérapeutes manqueraient de formation initiale et souhaiteraient être formés.

Les masseurs-kinésithérapeutes ayant reçu une formation (initiale ou continue) sur le thème des violences conjugales se sentiraient plus compétents pour prendre en charge les femmes qui en sont victimes.

Le dépistage ne serait pas systématiquement utilisé par les masseurs-kinésithérapeutes.

Le sentiment de compétence augmenterait avec le nombre d'années d'expérience du masseur-kinésithérapeute.

III.3 Compétence et sentiment de compétence

Ce mémoire d'initiation à la recherche s'intéresse au sentiment de compétence des MK dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Il semble nécessaire de définir ce qu'est la « compétence » et le « sentiment de compétence » avant de poursuivre la lecture de ce travail.

Selon Richard Wittorski, professeur spécialiste des questions relatives à la professionnalisation, la compétence est définie comme « *la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'auteur de la situation* » (27). Le savoir, les connaissances théoriques sont donc des prérequis à l'émergence de la compétence. Dans le cadre de la formation en masso-kinésithérapie, ces savoirs devraient être proposés en formation initiale. Cependant, ces savoirs ne sont utiles que s'ils sont mis en relation et contextualisés devant une situation particulière. La compétence dépend également de l'intention, de la motivation et de l'engagement du thérapeute pour faire face à une situation : il ne suffit pas seulement de posséder un certain nombre de savoirs, il faut vouloir les mettre en œuvre. Et tout cela dépend de la perception de la situation et de ses enjeux, faisant écho à l'expérience du thérapeute. La compétence est donc une notion complexe reliant savoirs, contexte et expérience.

Le sentiment de compétence fait, lui, référence à l'appréciation personnelle de sa compétence face à une situation donnée. C'est une donnée subjective. Le sentiment de compétence peut être évalué de deux façons :

- Par l'expérience : le thérapeute a déjà été confronté à ce genre de situation et s'est senti plus ou moins à l'aise, compétent. Le sentiment de compétence se nourrit de l'expérience professionnelle.
- Par l'anticipation : le thérapeute n'a jamais été confronté à ce genre de situation mais il projette sa ligne de conduite. Le sentiment de compétence dépend du socle de connaissances dont dispose le thérapeute et de son engagement face à cette situation.

Finalement, il est important de rappeler que par la réforme des études en masso-kinésithérapie de 2015, la compétence est au cœur de la formation professionnalisante. La formation initiale se construit désormais autour d'un référentiel de 11 compétences.

IV. Méthodologie

IV.1 Choix de l'outil

Afin de répondre à cette problématique, le choix de l'outil de recherche s'est porté sur le questionnaire.

IV.2 Le questionnaire

IV.2.1 Intérêt du questionnaire

Le questionnaire est une méthode de recherche permettant de recueillir des données qualitatives et quantitatives relatives à la formation et au sentiment de compétence des masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Il ouvre la possibilité de recueillir un grand nombre de réponses auprès de la population cible et donc d'avoir une vision la plus représentative possible des pratiques. Il présente l'avantage d'être facile et rapide à remplir, et assure l'anonymat des participants.

IV.2.2 Détermination de la population cible

Afin d'obtenir des réponses exploitables, il est nécessaire de déterminer la population cible de ce questionnaire. Ici, il s'agit des masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'Etat, exerçant en salariat et/ou en libéral, sur le territoire français. La population cible dépend donc de trois critères : à savoir la profession, le type d'exercice et le lieu d'exercice. Ces trois critères représentent les critères d'inclusion.

La détermination de la population cible dépend de plusieurs éléments.

Premièrement, le choix d'inclure à la fois les masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux se justifie par le fait que les violences conjugales sont un phénomène répandu et que la prise en charge des femmes victimes peut avoir lieu en structures hospitalières, comme en « ville ». Il est donc intéressant de recueillir les différents points de vue des professionnels concernés et peut-être en faire ressortir des différences selon le type d'exercice.

Deuxièmement, le choix d'inclure tous les masseurs-kinésithérapeutes exerçant en France est motivé par le fait que les violences conjugales sont exercées sur tout le territoire, sans réelle augmentation de la prévalence entre les régions ou départements français. La décision d'élargir la population cible, initialement centré sur la région Bretagne, permet d'augmenter le nombre potentiel de réponses et donc d'améliorer la représentativité à l'échelle nationale.

Ainsi et selon les chiffres du rapport démographique du CNOMK datant de 2020, la population cible est composée de 90 315 MK, parmi lesquels 14,7% sont salariés (28).

Par conséquent, la taille de l'échantillon devrait être de 383, pour un niveau de confiance à 95% et une marge d'erreur de 5%, afin d'être représentatif de la population cible.

IV.2.3 Construction du questionnaire

IV.2.3.1 Définition des informations à recueillir

La création du questionnaire nécessite un travail préparatoire afin de définir quelles sont les informations à recueillir pour répondre à la problématique de recherche (29). Ce travail préparatoire est notamment nourri des lectures et échanges avec différents intervenants, formateurs, ou tuteurs de stage au cours de ces derniers mois. A l'issue de ce travail préparatoire, une liste des informations à recueillir est établie. Parmi ces informations, les données administratives permettent de mieux identifier le répondant. Questionner la prise en charge permet d'analyser la pratique et la corréler au sentiment de compétence. Le contenu de la formation initiale et continue paraît important à aborder. Une des hypothèses étant l'influence de la formation sur le sentiment de compétence, il est essentiel de venir l'investiguer. Il en est de même pour la notion d'expérience et du sentiment de compétence.

IV.2.3.2 Création des questions

La création et la rédaction des questions nécessite de prêter attention à plusieurs points afin d'obtenir des réponses valides (29) :

- Il est important d'utiliser un vocabulaire compréhensible et adapté à la population cible : cela a été facilité par le fait que ce questionnaire, créé par une étudiante en masso-kinésithérapie, soit à destination de masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'Etat.
- La question ne doit pas sous-entendre la réponse, sous peine d'influencer la réponse de l'interrogé. Il faut donc s'attacher à adopter une formulation neutre, sans jugement.
- Il est recommandé de ne pas poser plusieurs questions au sein d'une même phrase, au risque que l'interrogé ne réponde qu'à l'une ou l'autre de ces questions.
- Il est préférable de ne pas utiliser la double négation au sein d'une question, pouvant porter confusion chez le répondant.

De même, la création des propositions de réponses doit répondre à plusieurs critères. Il est nécessaire, avant cela, de déterminer le type de question à utiliser. On distingue trois types de questions (29) :

- La question **ouverte** : elle est utilisée lorsque l'on souhaite avoir une réponse spontanée. En effet, elle permet à l'interrogé de répondre librement à la question, sans être influencé par des réponses types proposées par l'enquêteur. Ce type de question est intéressant car il permet d'avoir un avis brut et une certaine richesse et diversité de réponses. Cependant, le risque est d'obtenir des réponses superficielles par manque de réflexion de la part du répondant et présente l'inconvénient d'être plus compliqué à analyser pour l'enquêteur.
- La question **fermée** : pour ce type de question, les possibilités de réponses sont imposées à l'interrogé. Elle peut être à choix unique ou à choix multiples. Pour les formes les plus simples, les réponses peuvent être « *Oui* », « *Non* », « *Je ne sais pas* ». Mais il est également possible de créer des échelles linéaires (type Osgood), ou des listes déroulantes de propositions de réponses, offrant davantage de choix. Il est important d'équilibrer les propositions de réponses pour ne pas influencer l'interrogé. Ce type de question nécessite moins de réflexion de la part

de l'interrogé, mais le risque est qu'il ne se trouve pas représenté dans les réponses proposées. L'analyse des données est cependant beaucoup plus simple pour l'enquêteur. Ce type de question est censé être majoritaire lorsque l'outil méthodologique choisi est le questionnaire.

- La question **mixte** : elle propose une liste de réponses prédéfinies, à laquelle il est rajouté une case « *autre* ». Elle offre la possibilité à l'interrogé de s'exprimer s'il ne se sent pas représenté dans la liste de réponses et d'apporter certaines nuances auxquelles l'enquêteur n'a pas pensé. L'inconvénient est, de même que pour les questions ouvertes, la difficulté d'analyse si la case « *autre* » est complétée.

Pour les questions fermées, il est nécessaire de proposer une liste de réponse la plus exhaustive, homogène et équilibrée possible (29). Cela a pour objectif de représenter au maximum les pensées du répondant et ne pas influencer les résultats. C'est pourquoi il est recommandé d'avoir un nombre pair de propositions de réponses. Cela s'applique également aux échelles de mesure, il est préférable d'utiliser une échelle paire (de 0 à 10, avec un neutre bien identifié à 5) plutôt qu'une échelle impaire (de 0 à 5, avec un neutre qui n'est pas sélectionnable à 2,5). Pour certaines questions fermées, il est utile de créer une réponse « *Je ne sais pas* » au cas où l'interrogé ne se sente pas représenté par le « *Oui* » ou le « *Non* ». Cela permet d'éviter des réponses par défaut.

IV.2.3.3 Organisation des questions

Une fois les questions rédigées en fonction de la liste des informations à recueillir, elles sont organisées et regroupées par thème. Ce questionnaire se divise en cinq grandes parties. La construction de ce questionnaire répond à un schéma en entonnoir : du général au spécifique. Ainsi, la première partie s'attache à connaître davantage le répondant. La deuxième partie explore la pratique des répondants en lien avec la thématique. La troisième partie questionne le contenu de la formation initiale des interrogés. La quatrième partie s'intéresse au parcours de formation continue. Et finalement, la cinquième partie recherche le sentiment de compétence des MK interrogés.

Avant tout, un message d'introduction permet d'informer le répondant sur le thème de recherche et son lien avec notre pratique en tant que MK. Il précise les conditions pour pouvoir y répondre, à savoir les critères d'inclusion. Il rappelle que les données, anonymisées, ne seront utilisées que dans le cadre de ce mémoire. Le temps pour répondre au questionnaire est également précisé.

Dans la première partie, intitulée « Données administratives », sont interrogés le sexe, le type d'exercice, la spécialité d'exercice, la région d'exercice, l'IFMK et l'année d'obtention du diplôme. Ces informations, croisées avec les réponses des parties suivantes, ont pour objectif de mettre en évidence des différences potentielles concernant la sensibilisation, la prise en charge ou le sentiment de compétence en fonction des paramètres évoqués précédemment. Cette partie se compose de 6 questions : 4 fermées et 2 ouvertes.

La deuxième partie, intitulée « Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales », s'attache à analyser la pratique du MK. Sa connaissance des recommandations de la HAS, ses représentations des violences conjugales et des signes d'alarme sont recherchées. Le MK est également questionné pour savoir s'il a déjà pris en charge une ou des femme(s) victime(s) de violences conjugales, à quelle fréquence il pose la question de l'existence de violences et comment il se sent pour aborder le sujet. Une question explore notamment la notion de dépistage systématique, recommandé par la HAS, mais pas toujours appliqué en pratique. Cette partie se compose de 9 questions : 4 fermées, 3 ouvertes et 2 mixtes. Cette prédominance des questions ouvertes et mixtes invite le professionnel à réfléchir sur sa pratique et lui laisse la possibilité de s'exprimer librement sur le sujet. En fonction des réponses du MK, plusieurs sous-sections ont été créées : elles allègent le questionnaire et permettent d'éviter des réponses à des questions qui ne le concerne pas.

La troisième partie, intitulée « Contenu de la formation initiale », a pour objectif de savoir si le MK a reçu des enseignements au cours de son cursus étudiant. Si c'est le cas, une échelle de mesure lui est proposée pour évaluer l'utilité de ces cours dans sa pratique. Si ce n'est pas le cas, le MK peut dire s'il aurait aimé recevoir des enseignements à ce sujet en formation initiale. Ces questions cherchent à montrer un potentiel manque de formation initiale sur la thématique des violences conjugales malgré un désir des professionnels de Santé à y être formé. Cette partie se compose de 3 questions fermées, réparties en 3 sous-sections en fonction de la réponse à la première.

La quatrième partie, intitulée « Parcours de formation continue », cherche à évaluer la sensibilisation du MK aux violences conjugales lors de ses formations continues. Les formations dont la thématique principale sont les violences conjugales sont distinguées des formations abordant la thématique sans en être le sujet principal. Une question évalue l'utilité de ces enseignements pour le MK si celui-ci a participé à une formation évoquant les violences conjugales. Si le MK n'a pas été sensibilisé dans son parcours de formation continue, il peut exprimer son ressenti sur l'utilité de se former. La dernière question de cette partie s'attache à connaître le(s) mode(s) par le(s)quel(s) le MK se sent sensibilisé à ce sujet. Cette partie comprend 5 questions fermées.

La cinquième et dernière partie, intitulée « Sentiment de compétence et expérience », représente le cœur de mon sujet. Elle explore le sentiment de compétence du MK sur différents aspects de la prise en soin d'une femme victime de violences conjugales, à savoir : le dépistage, la prise en charge à proprement parlé, et finalement l'accompagnement et la réorientation. Des échelles de mesure de type Osgood (allant de 0 = pas du tout compétent, à 10 = très compétent) sont proposées pour coter le sentiment de compétence. Une autre question, ouverte, invite le professionnel à partager ce qui pourrait, selon lui, le rendre plus compétent pour prendre en charge une femme victime de violences conjugales. Finalement, le MK estime si l'expérience accumulée au fil des années peut le rendre plus compétent, ou pas. Cette partie se compose de 5 questions : 4 fermées et 1 ouverte.

Ce questionnaire, comprenant 28 questions, se compose de 20 questions fermées, 6 questions ouvertes, et 2 questions mixtes.

Sur les 28 questions, 26 ont été rendues obligatoires : cela permet d'éviter de recevoir des formulaires de réponses incomplets et donc inexploitable.

Le questionnaire est disponible en annexe V.

IV.2.3.4 Format du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré avec l'outil « Google Form » de la plateforme Google, facile d'utilisation et connu de tous. Il a été pensé de manière à ce qu'il soit auto-administré : cela signifie que la population cible peut y répondre sans présence d'un enquêteur.

Ce format offre plusieurs avantages :

- Il est intuitif, facile d'accès par le lien transmis par l'enquêteur, et consultable sur plusieurs types d'interface (smartphone, tablette, ordinateur),
- Il permet une diffusion large par le biais d'Internet (technique nommée « CAWI » : Computer Assisted Web Interviewing (29)), et donc la possibilité de solliciter un grand nombre de répondants y ayant accès,
- Il permet de recevoir les réponses en instantané dans un onglet dédié, avec un premier traitement des données par la plateforme,
- Il est très peu coûteux car il ne nécessite pas d'envoi postal ou de déplacements pour l'enquêteur,
- Il permet de limiter les réponses stéréotypées ou « réponses de façade » par peur du jugement.

Cependant, quelques points négatifs sont à relever et représentent les limites de cet outil :

- Il n'existe aucun moyen de s'assurer de l'identité des répondants : cela signifie que des individus n'étant pas masseurs-kinésithérapeutes peuvent répondre à ce questionnaire,
- La diffusion par internet n'incite pas nécessairement les individus à répondre, contrairement à la diffusion en face à face ou par voie postale qui encourage la participation grâce à une démarche plus individualisée. Selon une méta-analyse de 2008, le taux de réponse aux questionnaires en ligne serait inférieur de 11% par rapport aux autres modes de diffusion (29). Cela peut, cependant, être relativisé par l'omniprésence des nouvelles technologies en 2021,
- L'exécution du questionnaire n'est pas contrôlée : le participant peut donc arrêter le questionnaire par paresse, ou répondre à des questions qui ne lui étaient pas destinées en fonction de ses réponses précédentes (normalement limité par une construction adéquate du questionnaire), ou encore transmettre une réponse incomplète qui ne pourra être comptabilisée.

Pour faciliter le déroulement du questionnaire, les cinq parties évoquées précédemment ont été organisées sur différentes pages. Un titre est donné à chaque page pour définir le contenu suivant. Le questionnaire est donc au format « paging » (29) : le répondant découvre au fur à mesure les questions en changeant de page. Cela permet de contrôler l'ordre dans lequel le répondant découvre les questions et de concentrer son attention sur quelques questions à la fois. Une barre de progression permet d'informer le répondant sur son avancée dans le questionnaire.

Des sous-sections ont été créées afin d'orienter les répondants vers les questions les concernant en fonction de leurs réponses précédentes : cette méthode s'appelle le « branchement conditionnel » (30). Cette méthode permet d'alléger le questionnaire et éviter des réponses non désirées à certaines questions.

IV.2.3.5 Test du questionnaire

Après avoir validé une première version du questionnaire, cinq MK testeurs ont été recrutés pour y répondre. Ces cinq professionnels sont des connaissances, répondant aux critères d'inclusion. Cette phase de test a plusieurs intérêts, elle permet :

- de s'assurer de la bonne compréhension des questions, du vocabulaire utilisé,
- de s'assurer du bon déroulé du questionnaire, notamment au niveau des sous-sections,
- de s'assurer qu'il est compatible sur toutes les interfaces (ordinateur, smartphone, tablettes)
- de recueillir des avis extérieurs et neutres sur la construction du questionnaire,
- d'estimer le temps nécessaire pour répondre au questionnaire en leur demandant de se chronométrer lors de sa réalisation,
- de réaliser les premières modifications afin d'améliorer le questionnaire.

Ces réponses tests ont été supprimées avant de diffuser officiellement le questionnaire. Ayant déjà connaissance du contenu du questionnaire, les cinq MK testeurs ont été informés qu'ils ne pourraient pas répondre à la version finale afin de ne pas fausser les résultats.

IV.2.3.6 Modifications du questionnaire

Après avoir recueilli les réponses des cinq MK testeurs, plusieurs modifications ont été apportées au questionnaire pour aboutir à sa version finale :

- Création des sous-sections au sein de certaines parties pour faciliter le déroulé du questionnaire, et ainsi éviter que des MK répondent à des questions qui ne les concernent pas,
- Changement de formulation de certaines questions pour favoriser une bonne compréhension par tous,
- Modification du mode de réponses pour certaines questions afin de faciliter l'analyse des résultats,
- Ajout et modification d'une question relative au dépistage systématique afin de faciliter l'analyse.

Le questionnaire a ensuite fait l'objet d'une dernière validation avant de pouvoir procéder à sa diffusion auprès de la population cible.

IV.2.4 Diffusion

Le questionnaire, auto-administré, a été diffusé via de nombreux réseaux du 24 septembre 2021 au 14 novembre 2021 :

- Sur Facebook : publication du questionnaire sur les groupes privés « Breizh Kiné » (2 000 membres), « Coucou on s'masse ? Kiné Brest » (288 membres), « Mémoires kinés » (1 359 membres), « PCJS by Kiné » (3 600 membres),
- Sur Instagram : avec la publication en story temporaire du questionnaire par les comptes publics de « Princesse Périnée » (86 000 abonnés), « Kliniguide » (12 500 abonnés), « Une kinette » (8 000 abonnés),
- Par les URPS MK (Union Régionale des Professionnels de Santé) : tous ont été contactés via le formulaire sur leur site mais seuls les URPS de Bretagne, de Nouvelle Aquitaine, de Bourgogne-Franche-Comté, des Pays de la Loire et des Hauts-de-France ont transmis ou publié le questionnaire,
- Par des contacts personnels : formateurs de l'école, MK rencontrés lors de stages, connaissances.

IV.3 Méthodologie d'analyse des résultats

Dans un premier temps, les questionnaires incorrectement renseignés seront supprimés afin d'éviter de biaiser l'analyse des résultats.

Par le biais de la plateforme Google, les données seront exportées sous la forme d'un fichier Excel. A partir de ce document, plusieurs méthodes d'analyse statistique seront utilisées : le tri à plat, le tri croisé et les tests de Khi-deux d'indépendance.

Le tri à plat

Cette méthode d'analyse statistique constitue la première approche dans le traitement des données recueillies. Le tri à plat permet de mettre en évidence la répartition des réponses, question par question. Cela fait apparaître une première tendance et est nécessaire avant de passer à l'analyse en tri croisé.

Le tri croisé

Cette méthode d'analyse statistique consiste à croiser les résultats obtenus à différentes questions afin d'observer des liens entre celles-ci. Elle permet de mettre en évidence une interdépendance entre les réponses. En théorie, il est possible de croiser autant de questions que souhaité mais pour des facilités de lecture des résultats, il est conseillé de limiter le nombre d'entrées.

Les tests de Khi-deux d'indépendance

Ce test statistique est utilisé pour mettre en évidence un lien entre deux variables catégorielles ou nominales. Il nécessite d'émettre l'hypothèse H_0 que les variables ne sont pas liées et de calculer une valeur critique qui permettra ensuite de valider ou de rejeter l'hypothèse en la comparant aux valeurs de Khi-deux obtenues lors des tests.

Finalement, les résultats obtenus seront remis en perspective afin de répondre aux hypothèses émises dans la partie **III.2**.

V. Résultats

Ce questionnaire a recueilli 181 réponses dont 7 incorrectement remplies qui ont donc été supprimées car non-exploitable. Les raisons de ces suppressions seront détaillées dans la partie VI.2.2. Par conséquent, l'analyse des résultats a été réalisée sur les 174 questionnaires exploitables.

V.1 Section « Données administratives »

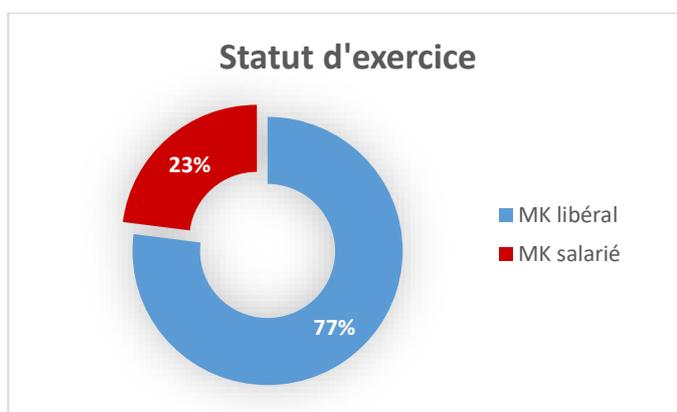


Figure 1 : Statut d'exercice de l'échantillon

Concernant le statut d'exercice des professionnels ayant répondu au questionnaire, 77% (n=134) d'entre eux sont libéraux, contre 23% (n=40) de salariés. Pour rappel, en France, 14,7% des masseurs-kinésithérapeutes exercent en salariat.

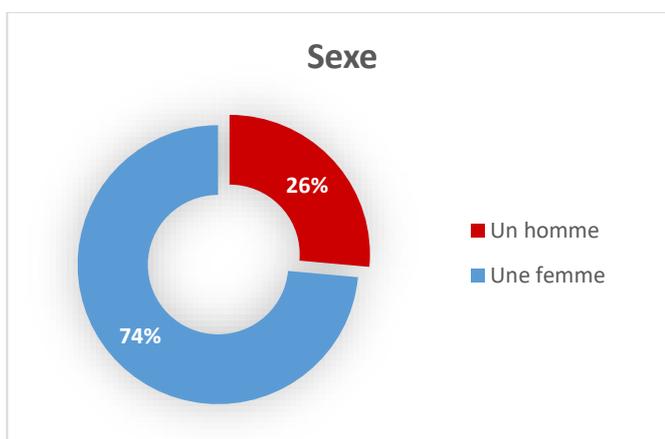


Figure 2 : Répartition du sexe de l'échantillon

Concernant le sexe des professionnels ayant répondu au questionnaire, les femmes (n=128) sont plus représentées que les hommes (n=46) qui ne représentent que 26% de l'échantillon recueilli. Pour rappel, la population cible se compose de 50,6% de femmes.

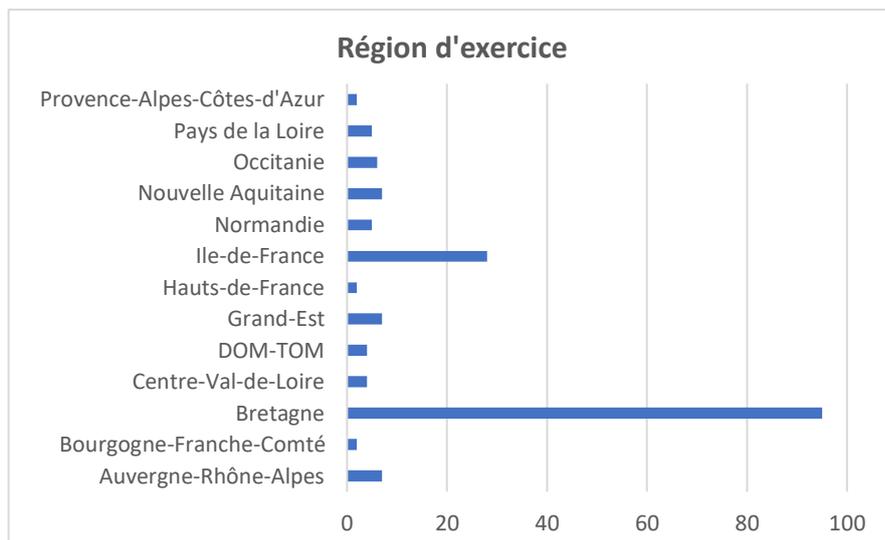


Figure 3 : Région d'exercice de l'échantillon

Concernant la région d'exercice, 54,6%, soit la majorité des répondants, exercent en Bretagne (n=95), suivi par les MK exerçant en Ile-de-France et représentant 16,1% (n=28) de l'échantillon.

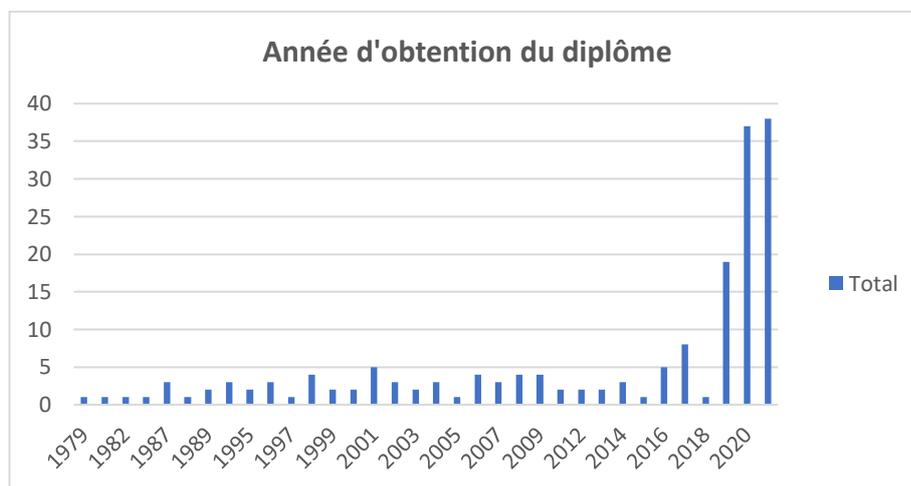


Figure 4 : Année d'obtention du diplôme de l'échantillon

Finalement, la majorité des MK ayant répondu au questionnaire sont diplômés depuis 2021 (n=38), 2020 (n=37) et 2019 (n=19). Ils représentent 54% de l'échantillon recueilli.

V.2 Section « Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales »

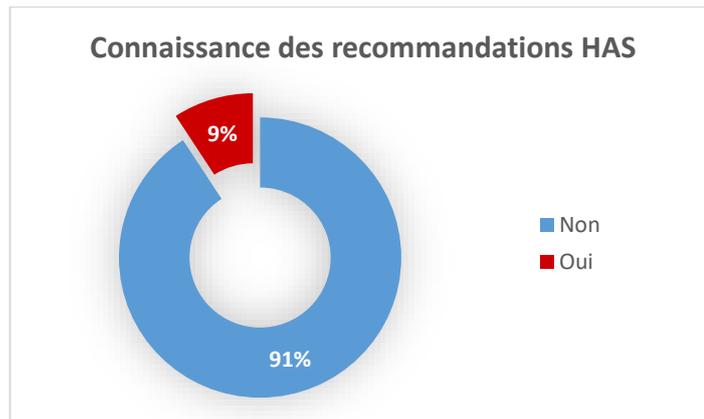


Figure 5 : « Avez-vous connaissance des recommandations de la HAS ? »

Sur les 174 MK ayant répondu à ce questionnaire, 90,6% (n=158) d'entre eux n'ont pas connaissance des recommandations spécifiques à cette thématique de la Haute Autorité de Santé publiées en 2019.

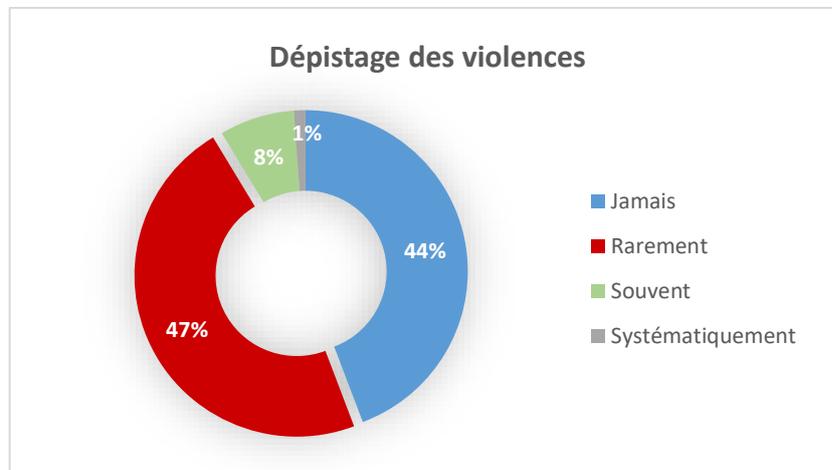
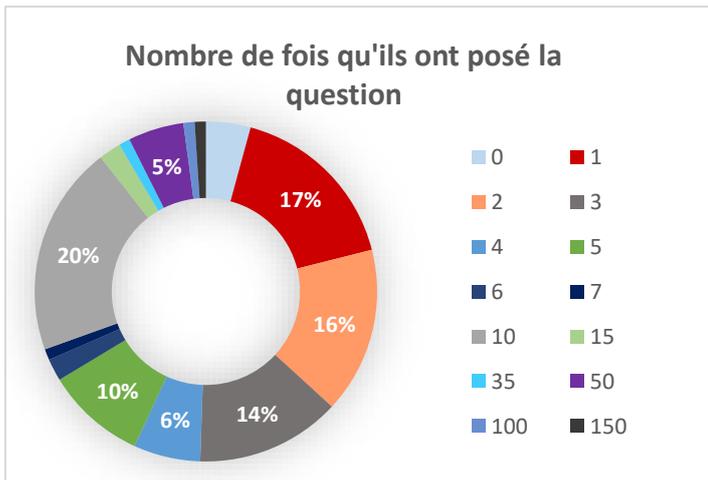


Figure 6 : Fréquence de dépistage des violences

A la question « Dans votre pratique, posez-vous la question de l'existence de violences conjugales aux patientes que vous recevez ? », la grande majorité des MK ont répondu « Rarement » (n=82) ou « Jamais » (n=77). Seul 1% (n=2) de l'échantillon la pose systématiquement.

Les MK ayant répondu « Souvent » (n=13) et « Rarement » (n=82) ont eu accès à la question suivante, concernant le nombre approximatif de fois qu'ils ont posé la question de l'existence de violences conjugales dans leur carrière.



Globalement, les réponses les plus fréquentes sont :

- 10 fois (n=19)
- 1 fois (n=16)
- 2 fois (n=15)
- 3 fois (n=13)

Figure 7 : « Sauriez-vous quantifier approximativement le nombre de fois que vous avez abordé la question dans votre carrière ? »

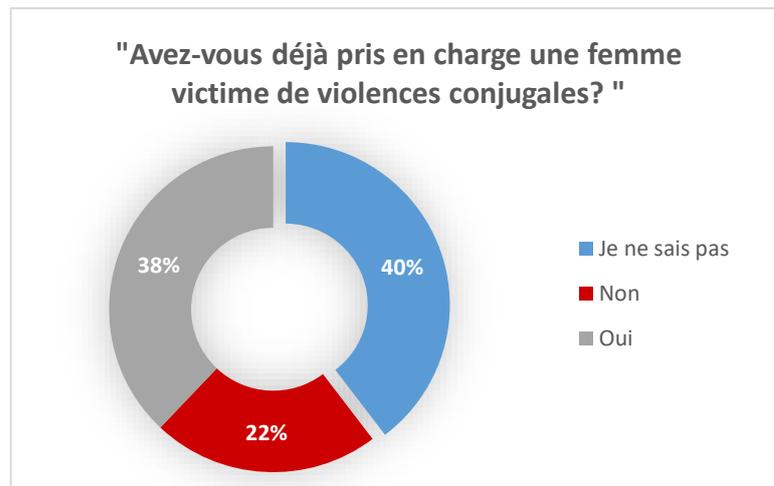


Figure 8 : « Avez-vous déjà pris en charge une femme victime de violences conjugales ? »

La question suivante s'est intéressée à savoir si les MK répondants ont déjà pris en charge une femme victime de violences conjugales, 40% d'entre eux ont répondu « je ne sais pas » (n=69), 38% « oui » (n=66) et 22% « non » (n=39).

Les MK ayant répondu « oui » (n=66) ont eu accès à la question suivante « Vous êtes-vous senti à l'aise pour aborder ce sujet ? ».

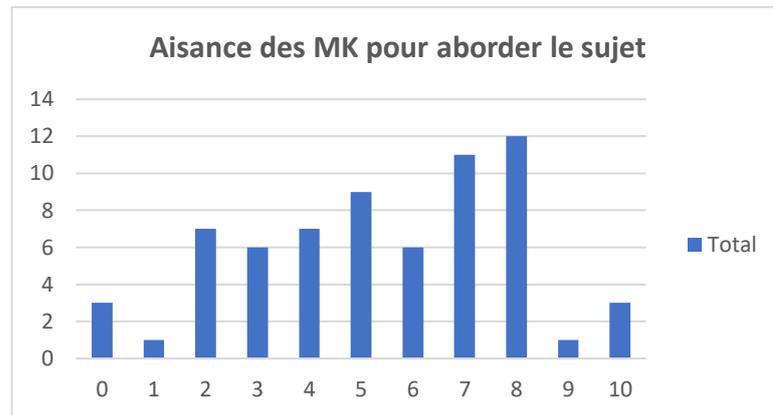


Figure 9 : Aisance des MK pour aborder le sujet

La moyenne des réponses obtenues se situe à 5,4 sur une échelle d'aisance allant de 0 = pas du tout à l'aise à 10 = très à l'aise.

Pour ceux ayant répondu « je ne sais pas » (n=69), une question leur a été posée afin de savoir pourquoi ils ne sont pas certains d'avoir déjà pris en charge une femme victime de violences conjugales. Les résultats obtenus sont les suivants :

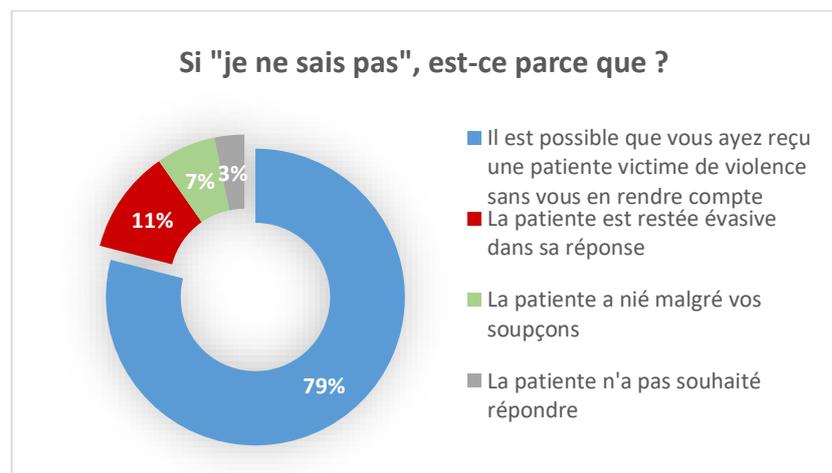


Figure 10 : Pourquoi ont-ils répondu « je ne sais pas » ?

La grande majorité (n = 54) des MK ayant répondu « je ne sais pas » pensent qu'il est possible qu'ils aient déjà pris en charge une femme victime de violences conjugales sans le savoir.

V.3 Section « Contenu de la formation initiale »

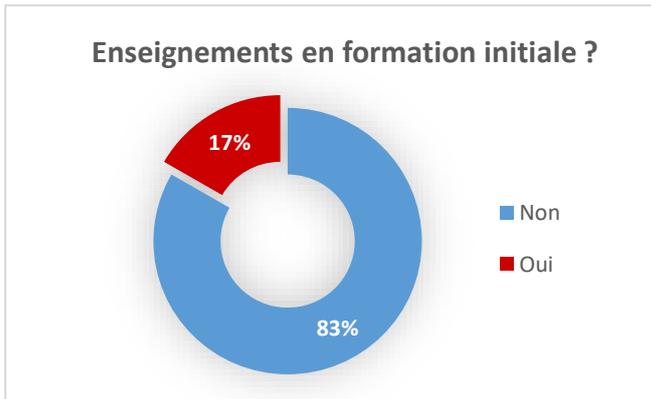


Figure 11 : « Au cours de votre formation initiale, avez-vous reçu des enseignements sur la thématique des violences conjugales ? »

Seulement 17% (n=29) des MK ayant répondu au questionnaire ont reçu des enseignements au sujet des violences conjugales au cours de leur formation initiale (FI).

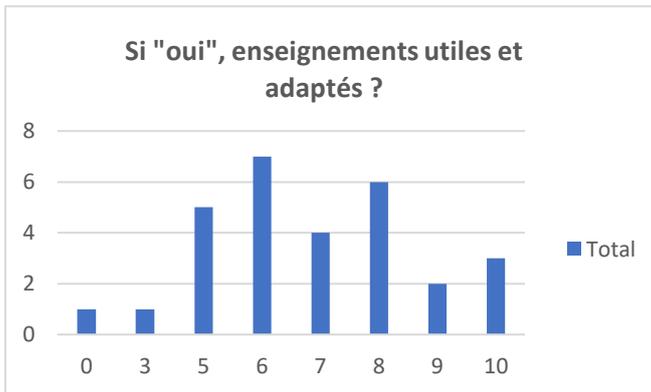


Figure 12 : « Avez-vous trouvé ces enseignements utiles et adaptés ? »

Pour les MK ayant répondu « *Oui* » à la question précédente, ces enseignements ont semblé être utiles et adaptés, avec une moyenne de 6.7 sur une échelle allant de 0 = pas du tout utiles et adaptés à 10 = très utiles et adaptés.

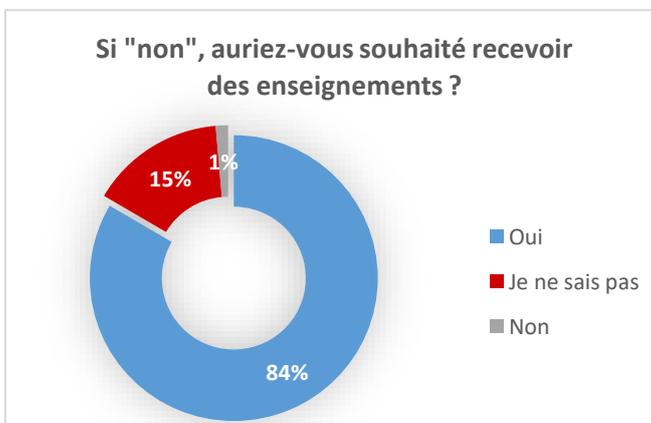
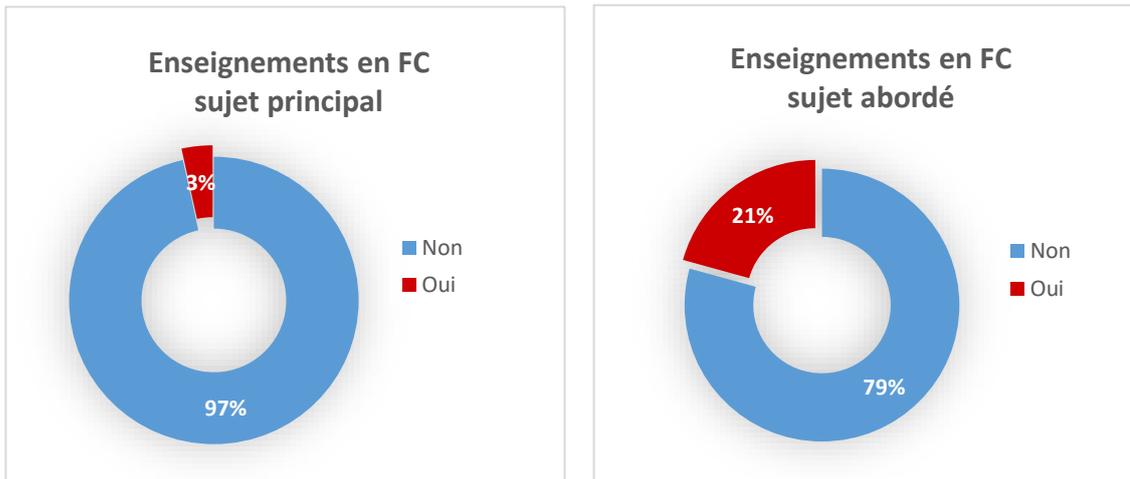


Figure 13 : « Auriez-vous souhaité recevoir des enseignements ? »

Cependant, 84% (n=121) des MK n'ayant pas reçu d'enseignements sur cette thématique (n=145) auraient souhaité en recevoir.

V.4 Section « Parcours de formation continue »



Figures 14: « Avez-vous reçu des enseignements sur les violences conjugales au cours de votre formation continue? »

Concernant le parcours de formation continue (FC), seul 3% (n=6) des MK ont participé à une formation dont le sujet principal était les violences conjugales contre 21% (n = 36) ayant participé à une formation où le thème des violences conjugales a été abordé, sans en être le sujet principal.

Les MK ayant participé à une formation continue évoquant le thème des violences conjugales ont pu évaluer l'utilité de ces enseignements dans leur pratique. Les résultats obtenus sont rapportés ci-dessous :

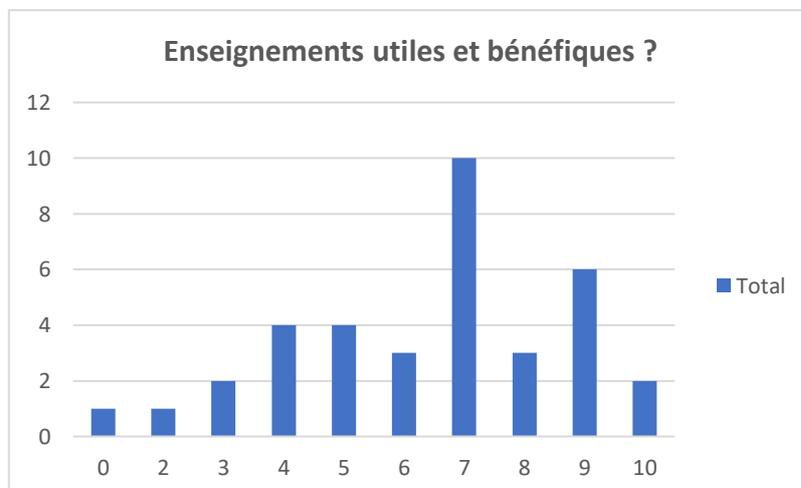


Figure 15 : « Ces enseignements vous ont-ils été utiles et bénéfiques ? »

La moyenne des résultats obtenus se situe à 6,7 sur une échelle allant de 0 = pas du tout utiles à 10 = très utiles.

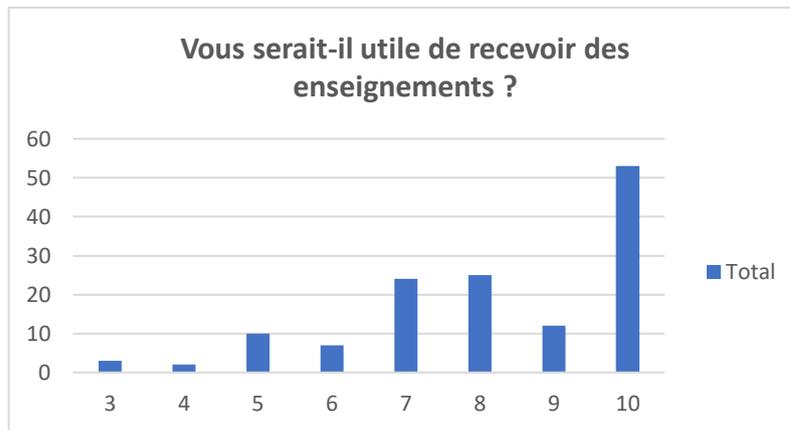


Figure 16 : « Pensez-vous qu'il vous serait-il utile et bénéfique de recevoir des enseignements à ce sujet ? »

Les MK n'ayant pas reçu d'enseignements au cours de leur formation continue (n=136) estiment globalement qu'il leur serait utile et bénéfique d'être formés à cette thématique. On retrouve une moyenne à 8,2 sur une échelle de 0 = pas du tout utile, à 10 = très utile.

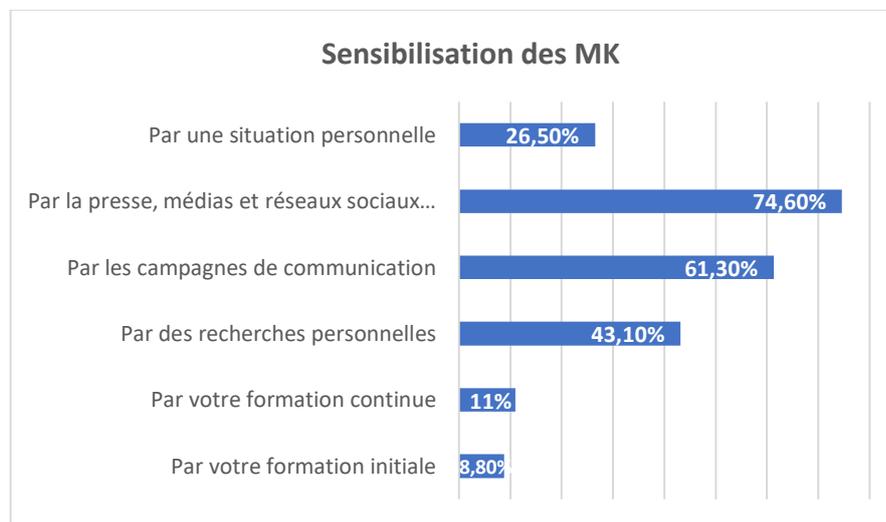


Figure 17 : « Diriez-vous que vous êtes sensibilisés au sujet des violences conjugales ? »

La dernière question de cette section s'est intéressée à déterminer de quelle manière les MK se sentent sensibilisés au sujet des violences conjugales. Les MK ont pu cocher plusieurs réponses. Le graphique ci-dessus reprend les résultats obtenus. Globalement, les médias (presse et réseaux sociaux) et campagnes officielles semblent être les moyens de communication ayant le plus de portée pour sensibiliser le public.

V.5 Section « Sentiment de compétence et expérience »

Dans cette partie, trois questions explorent le sentiment de compétence des MK répondants sur trois aspects de la prise en soin : le dépistage, la prise en charge à proprement parlé, l'accompagnement et la réorientation. Les résultats sont les suivants :

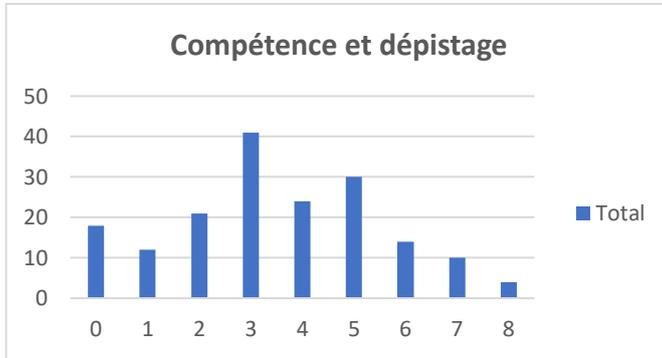


Figure 18 : Sentiment de compétence des MK dans le dépistage

La moyenne du sentiment de compétence des MK répondants concernant le dépistage des violences conjugales se situe à 3,5 sur une échelle allant de 0 = pas du tout compétent, à 10 = très compétent.

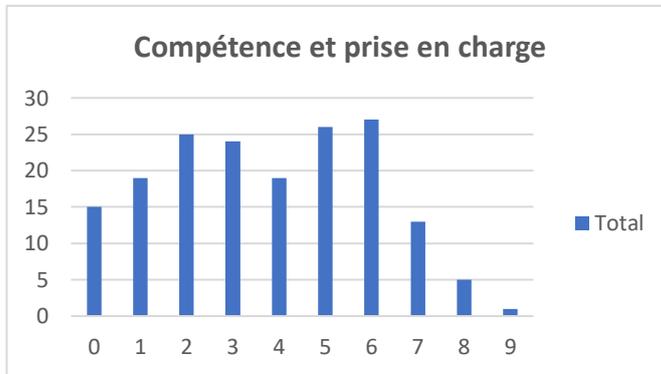


Figure 19 : Sentiment de compétence des MK dans la prise en charge

La moyenne du sentiment de compétence des MK répondants concernant la prise en charge (PEC) des femmes victimes de violences conjugales se situe à 3,7 sur une échelle allant de 0 = pas du tout compétent, à 10 = très compétent.

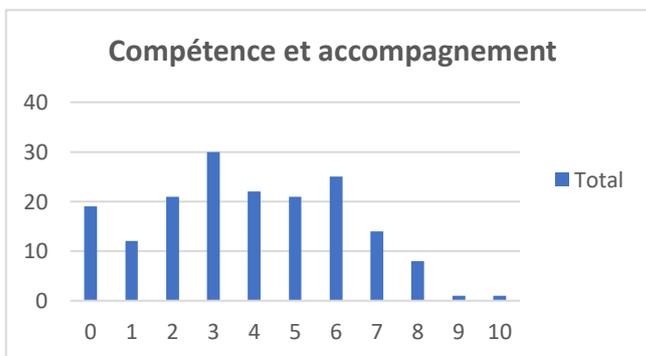


Figure 20 : Sentiment de compétence des MK dans l'accompagnement

La moyenne du sentiment de compétence des MK répondants pour accompagner et ré-orienter les femmes victimes de violences conjugales se situe à 3,8 sur une échelle allant de 0 = pas du tout compétent, à 10 = très compétent.

Il en ressort globalement que les MK ne se sentent pas compétents pour assurer une prise en soin optimale de ces femmes.



Figure 21 : « L'expérience vous rend-elle plus compétent pour prendre en charge ces femmes ? »

La dernière question s'est intéressée à savoir si les MK estiment que l'expérience, en terme d'années d'exercice, peut les rendre plus compétents. Les résultats obtenus montrent que 15% (n=27) des MK sont très d'accord avec cette proposition, 44% (n=76) sont plutôt d'accord avec cette proposition. Ainsi, 59% (n=103), soit la majorité des interrogés, pense que l'expérience est un facteur d'amélioration de la compétence. Cependant, 22% (n=39) n'étaient pas d'accord avec cette proposition.

VI. Discussion

VI.1 Analyse et interprétation des résultats

VI.1.1 Générale

Certaines données recueillies nécessitent une analyse et un questionnement plus poussés.

Premièrement, les données recueillies montrent que 74% des MK ayant répondu au questionnaire sont des femmes (figure 2). Il peut être légitime, à la connaissance de ces résultats, de se demander si les femmes se sentent plus concernées ou sont davantage sensibilisées à la thématique des violences conjugales. Il est également possible que ce questionnaire, en s'intéressant aux violences perpétrées à l'égard des femmes, ait pu faire « émaner » un sentiment d'appartenance à cette catégorie sociale chez les femmes MK et encourager leur participation à cette enquête. Cette forte proportion de femmes dans l'échantillon recueilli remet en question sa représentativité par rapport à la population cible, composée de 50,6% de femmes.

Deuxièmement, les données recueillies montrent que 91% des MK répondants n'ont pas connaissance des recommandations de la HAS, publiées en 2019, sur la prise en charge des violences conjugales (figure 5). La question se pose de savoir si ce manque de connaissance est dû à un manque d'intérêt et/ou de curiosité des MK à ce sujet, ou à un manque de visibilité, de communication autour de ces recommandations.

Troisièmement, le fait que seulement 1% des MK répondants pose la question de l'existence de violences conjugales de manière systématique (figure 6) interroge sur le « pourquoi » de la chose. Quelques suppositions peuvent être émises face à ce constat : est-ce par peur de rentrer dans l'intimité de la patiente ? Est-ce parce qu'ils considèrent ce sujet comme tabou, délicat à aborder ? Est-ce par peur de la réaction de la patiente à cette question ? Est-ce parce qu'ils ne se sentent pas légitime à poser cette question et préfère laisser d'autres professionnels de Santé s'en charger ? Cela aurait pu faire l'objet d'une question supplémentaire dans cette enquête afin de comprendre cette absence de dépistage systématique dans la pratique des MK.

VI.1.2 Réponses aux hypothèses

Les résultats obtenus permettent désormais d'apporter une réponse aux hypothèses formulées dans la **partie III.2**.

VI.1.2.1 Hypothèse 1

Pour rappel, l'intitulé de cette hypothèse était : « *Les masseurs-kinésithérapeutes manqueraient de formation initiale et souhaiteraient être formés* ». Les résultats obtenus dans le cadre de cette enquête semblent confirmer cette hypothèse. En effet, 83% des MK ayant répondu au questionnaire n'ont pas reçu d'enseignements en formation initiale (figure 11) alors que 84% d'entre eux auraient aimé en avoir (figure 13).

Cette même tendance est retrouvée concernant le contenu de la formation continue : au moins 79% des MK répondants n'ont pas reçu d'enseignements sur cette thématique au cours de leurs formations complémentaires (figures 14), alors qu'ils estiment qu'il leur serait utile et bénéfique d'en recevoir (moyenne à 8,2/10) (figure 16).

Cela pose la question de savoir pourquoi plusieurs instituts de formation n'intègrent pas toujours un module d'enseignement au sujet de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

VI.1.2.2 Hypothèse 2

Pour rappel, l'intitulé de cette hypothèse était : « *Les masseurs-kinésithérapeutes ayant reçu une formation (initiale et/ou continue) sur le thème des violences conjugales se sentiraient plus compétents pour prendre en charge les femmes qui en sont victimes* ». Cette hypothèse a nécessité une analyse des données en tableau croisé dynamique, les résultats se trouvent ci-dessous.

Les MK ayant répondu « Oui » à la question « *Au cours de votre formation INITIALE, avez-vous reçu des enseignements sur la thématique des violences conjugales ?* » semblent avoir un sentiment de compétence légèrement supérieur sur les trois aspects de la prise en charge, comparativement à ceux ayant répondu « Non ».

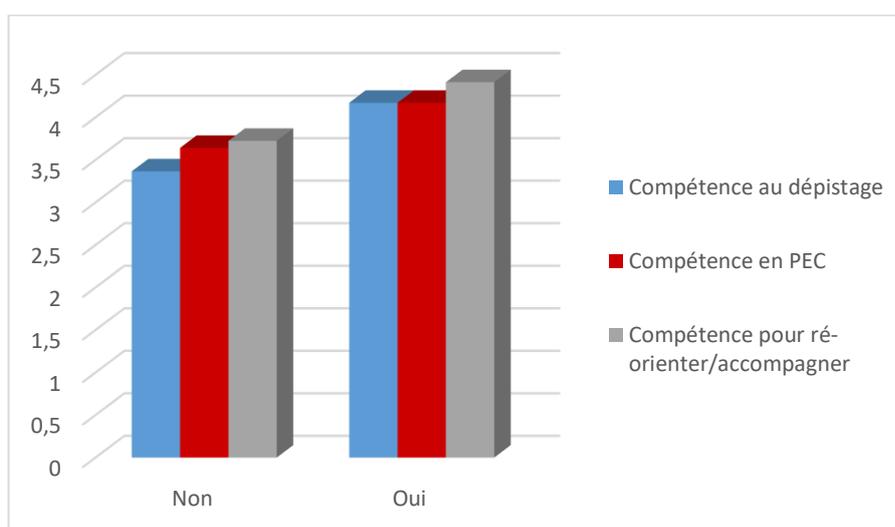


Figure 22 : Graphique croisé dynamique (formation initiale et compétence)

TABLEAU COMPARATIF DES MOYENNES OBTENUES			
Enseignements en FI	Compétence au dépistage	Compétence en prise en charge	Compétence pour réorienter/accompagner
Non	3,4	3,6	3,7
Oui	4,2	4,2	4,4
Total général	3,5	3,7	3,8

Tableau 1 : Moyennes du sentiment de compétence en fonction de l'enseignement en FI

Cependant, cette différence semble bien plus flagrante chez les MK ayant répondu « Oui » à la question « *Au cours de votre formation CONTINUE, avez-vous participé à des formations, webinaires, conférences où la thématique des violences conjugales était le sujet principal ?* » comparativement à ceux ayant répondu « Non ». Une réelle augmentation du sentiment de compétence des MK semble être observée dans les trois aspects de la prise en charge.

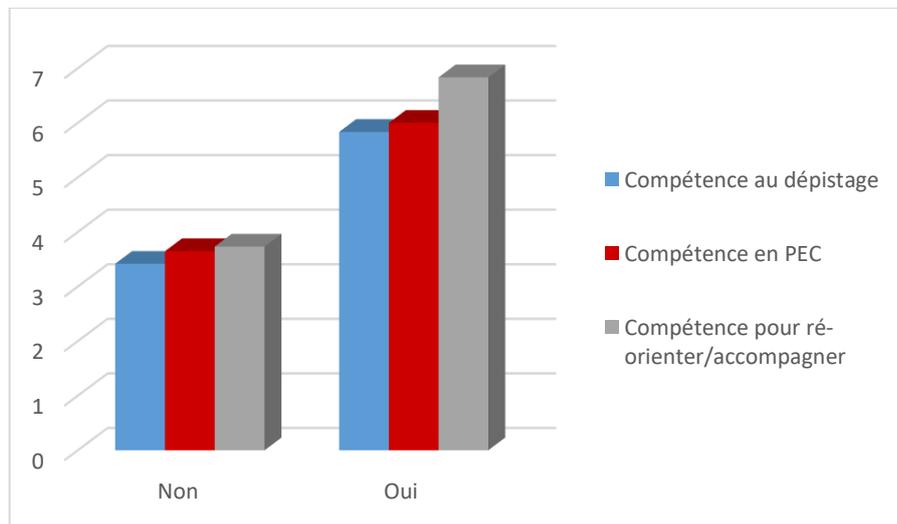


Figure 23 : Graphique croisé dynamique (formation continue - sujet principal et compétence)

TABLEAU COMPARATIF DES MOYENNES OBTENUES			
Enseignements FC <i>Sujet principal</i>	Compétence au dépistage	Compétence en prise en charge	Compétence pour ré- orienter/accompagner
Non	3,4	3,6	3,7
Oui	5,8	6	6,8
Total général	3,5	3,7	3,8

Tableau 2 : Moyennes du sentiment de compétence en fonction de l'enseignement en FC - sujet principal

Finalement, le sentiment de compétence semble légèrement meilleur chez les MK ayant répondu « Oui » à la question « *Au cours de votre formation CONTINUE, avez-vous participé à des formations, webinaires, conférences où la thématique des violences conjugales a été abordée, sans en être le sujet principal ?* » comparativement à ceux ayant répondu « Non ». Cette différence est cependant moins importante que lorsque la thématique des violences conjugales est abordée en tant que sujet principal.

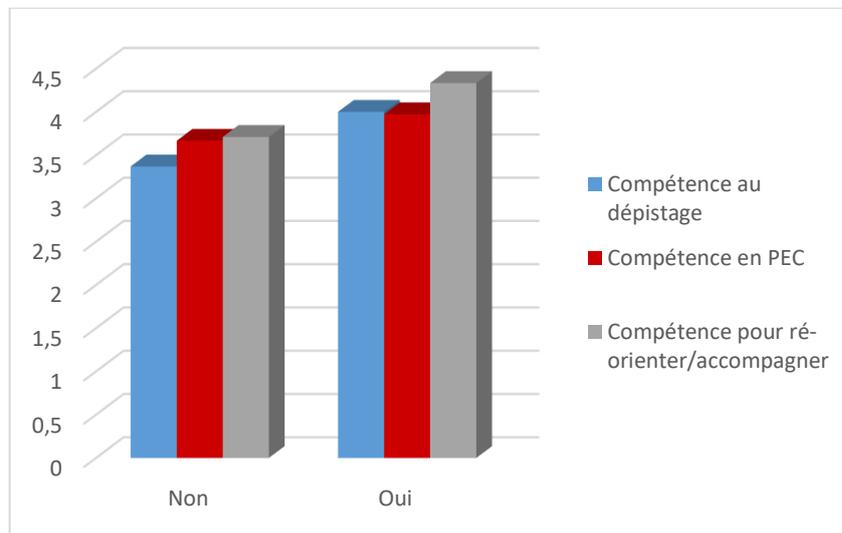


Figure 24 : Graphique croisé dynamique (formation continue – sujet abordé et compétence)

TABLEAU COMPARATIF DES MOYENNES OBTENUES			
Enseignements FC <i>Sujet abordé</i>	Compétence au dépistage	Compétence en prise en charge	Compétence pour réorienter/accompagner
Non	3,4	3,7	3,7
Oui	4	4	4,3
Total général	3,5	3,7	3,8

Tableau 3 : Moyennes du sentiment de compétence en fonction de l'enseignement en FC - sujet abordé

De manière générale, les MK ayant reçu un enseignement au sujet des violences conjugales, quel qu'il soit, semblent avoir un meilleur sentiment de compétence dans les trois domaines de la prise en charge des femmes qui en sont victimes.

Afin de vérifier et d'appuyer les résultats détaillés ci-dessus, plusieurs tests de Khi-deux d'indépendance ont été réalisés pour déterminer si les variables « *formation* » et « *sentiment de compétence* » sont véritablement liées. Pour cela, la variable continue « *sentiment de compétence* » a été transformée pour devenir une variable catégorielle en combinant les valeurs numériques :

- Médiocre : 0 et 1,
- Mauvais : 2 et 3,
- Moyen : 4 et 5,
- Bon : 6 et 7,
- Très bon : 8, 9 et 10.

Cette transformation a été effectuée pour chaque domaine de compétence (dépistage, prise en charge et accompagnement).

Dans un premier temps, un tableau reprenant les effectifs observés est créé :

TABLEAU DES EFFECTIFS OBSERVES				
		Enseignement en FI		Total ligne
		OUI	NON	
Compétence au dépistage	Médiocre	4	26	30
	Mauvais	7	55	62
	Moyen	10	44	54
	Bon	8	16	24
	Très bon	0	4	4
Total colonne		29	145	174
Pourcentage		17%	83%	100%

Tableau 4 : Effectifs observés du sentiment de compétence en fonction de l'enseignement en FI

Dans un deuxième temps, un tableau calculant les effectifs théoriques est créé en multipliant, pour la case orangée d'exemple, le pourcentage de MK ayant eu des enseignements en FI par le total des MK ayant un sentiment de compétence « médiocre », soit « = 17% * 30 ». Cette formule est appliquée pour toutes les cases en associant les bons pourcentages aux bons totaux de lignes. Le tableau suivant est obtenu :

TABLEAU DES EFFECTIFS THEORIQUES				
		Enseignement en FI		Total ligne
		OUI	NON	
Compétence au dépistage	Médiocre	5	25	30
	Mauvais	10,33	51,67	62
	Moyen	9	45	54
	Bon	4	20	24
	Très bon	0,67	3,33	4
Total colonne		29	145	174

Tableau 5 : Effectifs théoriques du sentiment de compétence en fonction de l'enseignement en FI

Cependant, plusieurs effectifs théoriques s'avèrent être inférieurs à 5 (cases jaunes). Il s'agit cependant d'une condition à respecter pour pouvoir appliquer un test de Khi-deux d'indépendance. En rassemblant les valeurs de la variable « *sentiment de compétence* » en trois catégories (mauvais : de 0 à 3, moyen : de 4 à 7, et bon : de 8 à 10), ce même problème persiste. Cela vient du fait que peu de MK ont estimé avoir un sentiment de compétence entre 8 et 10. Les tests de Khi-deux d'indépendance ne sont donc pas réalisables pour ces deux variables.

VI.1.2.3 Hypothèse 3

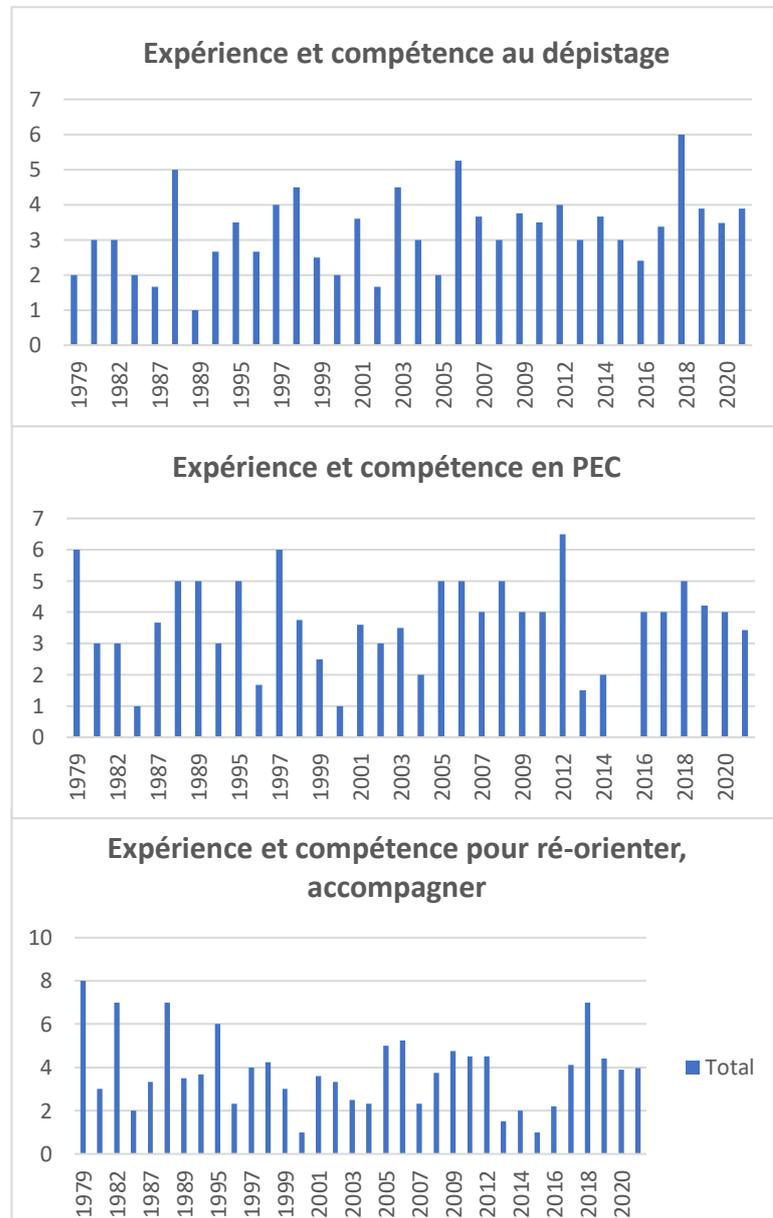
Pour rappel, l'intitulé de cette hypothèse était : « *Le dépistage ne serait pas systématiquement utilisé par les masseurs-kinésithérapeutes* ». Cette hypothèse est confirmée par les résultats obtenus (figure 6) : seul 1% des MK répondants pose systématiquement la question de l'existence de violences conjugales. 8% la posent souvent, 47% la posent rarement (avec une moyenne à 9,7 fois pour les deux dernières catégories), et 44% ne la posent jamais.

Ce manque de dépistage se traduit également par l'ignorance des MK répondants sur le statut de « victimes » de leurs patientes (figure 8) : en effet 40% des MK ne savent pas s'ils ont déjà pris en charge une femme victime de violences conjugales. 22% des MK ont répondu n'avoir jamais pris en charge de femme victime de violences conjugales, mais il est légitime de se demander s'ils ont posé la question pour s'en assurer ou s'ils l'ont supposé car la patiente ne l'a pas évoqué spontanément.

Pour rappel, il est estimé qu'une femme sur dix (entre 18 et 75 ans) est victime de violences conjugales par an en France. De même, il est estimé que quatre femmes en situation de handicap sur cinq sont victimes de violences. A la connaissance de ces chiffres, il paraît peu probable que les 22% de MK ayant répondu qu'ils n'en avaient jamais pris en charge, n'en aient réellement jamais pris en charge au cours de leur carrière.

VI.1.2.4 Hypothèse 4

Pour rappel, l'intitulé de cette hypothèse était : « *Le sentiment de compétence augmenterait avec le nombre d'années d'expérience du masseur-kinésithérapeute* ». Afin de faciliter la lecture des données, trois graphiques croisés dynamiques ont été construits pour évaluer le sentiment de compétence en fonction de l'année d'obtention du diplôme.



Figures 25 : Graphique croisé dynamique (expérience et compétence)

Les données obtenues ne permettent pas de confirmer l'hypothèse : aucune tendance ne s'en dégage par la présence de pics aléatoires. Le nombre d'années d'expérience ne semble donc pas améliorer le sentiment de compétence des MK, contrairement à la pensée collective évoquée dans la figure 21. Les effectifs théoriques ne permettent de réaliser des tests de Khi-deux d'indépendance pour confirmer cela.

VI.1.3 Analyse complémentaire

Au regard des résultats obtenus précédemment, d'autres questions se posent. Premièrement, nous pouvons nous demander si le contenu de la formation initiale a évolué au fil des années. Ce graphique croisé dynamique reprend les réponses « *Oui* » ou « *Non* » des MK à la question « *Au cours de votre formation INITIALE, avez-vous reçu des enseignements sur la thématique des violences conjugales ?* » en fonction de leur année d'obtention du diplôme :

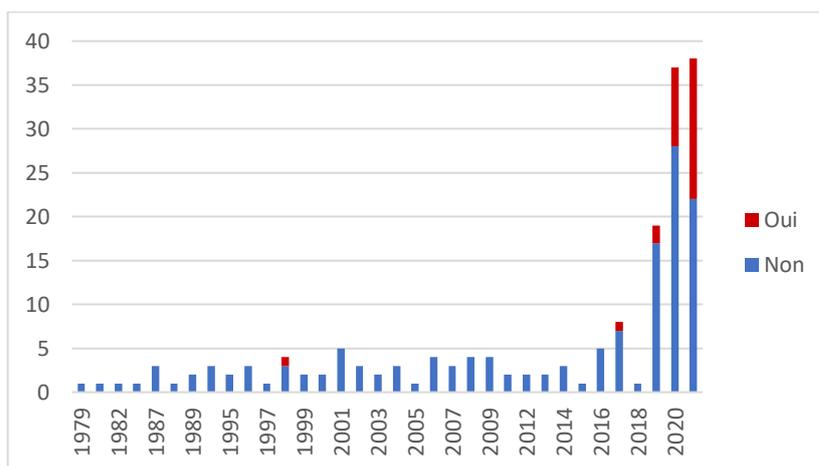


Figure 26 : Enseignement en FI en fonction des années d'obtention du diplôme

Ce graphique semble montrer qu'une intégration d'enseignement à ce sujet est en place depuis 2019. Cependant, cela peut être remis en question car les années 2019, 2020, et 2021 ont été beaucoup plus représentées que les années précédentes.

Ces résultats sont néanmoins intéressants car les études de masso-kinésithérapie ont fait l'objet d'une réingénierie en 2015, concernant donc les MK diplômés à partir de 2019. Nous pouvons donc nous demander si les MK diplômés depuis 2019 nourrissent un meilleur sentiment de compétence que ceux diplômés avant 2019. Le graphique suivant présente les moyennes observées entre les deux groupes dans les trois aspects de la prise en soin :

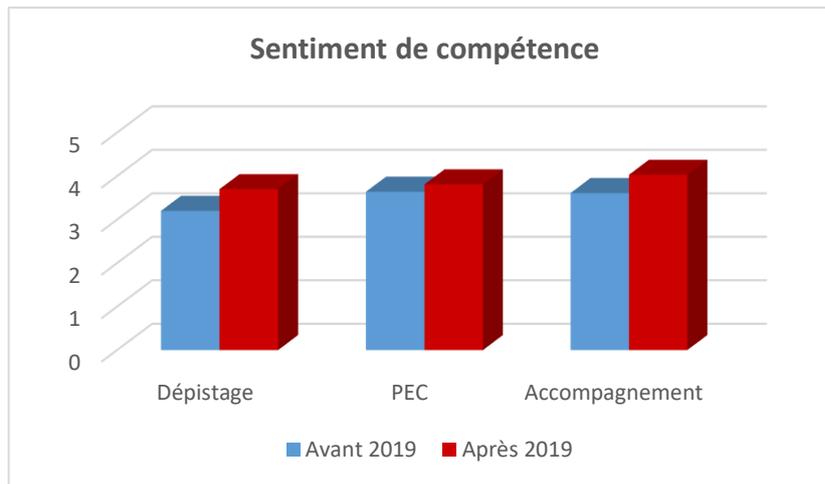


Figure 27 : Moyenne du sentiment de compétence en fonction de l'année d'obtention du diplôme

TABLEAU COMPARATIF DES MOYENNES OBTENUES		
	Avant 2019	Après 2019
Dépistage	3,2	3,7
PEC	3,64	3,81
Accompagnement	3,61	4,03
Moyenne générale	3,48	3,84

Tableau 6 : Moyennes du sentiment de compétence en fonction de l'année d'obtention du diplôme

Les résultats obtenus montrent que les MK diplômés après 2019 ont, à première vue, un sentiment de compétence très légèrement supérieur dans les trois aspects de la prise en soin. Cette différence paraît, cependant, peu significative. Les tests de Khi-deux d'indépendance ne sont pas réalisables car les effectifs théoriques ne sont pas toujours supérieurs à 5.

Deuxièmement, nous pouvons nous demander si les MK ayant reçu des enseignements en formation initiale ont souhaité approfondir le sujet en formation continue. Concernant la formation continue où la thématique des violences conjugales a été abordée en tant que sujet principal, le tableau suivant est obtenu :

TABLEAU DES EFFECTIFS OBSERVES				
		FC – sujet principal		Total ligne
		oui	non	
FI	oui	1	28	29
	non	5	140	145
Total colonne		6	168	174

Tableau 7 : Tableau croisé dynamique (FI et FC - sujet principal)

Les résultats obtenus ne semblent pas montrer de lien entre le contenu de la formation initiale et la réalisation de formation continue sur ce sujet. Seul un MK ayant reçu une formation initiale a réalisé une formation continue où la thématique des violences conjugales était le sujet principal. Le test de Khi-deux d'indépendance ne peut pas être réalisé sur des effectifs théoriques aussi faibles.

Ces résultats sont à relativiser pour deux raisons :

- la majorité des MK ayant reçu des enseignements en formation initiale sont des MK « jeunes diplômés » qui n'ont pas forcément eu le temps de réaliser des formations complémentaires,
- l'offre de formation continue où la thématique des violences conjugales est abordée en tant que sujet principal est très faible.

Concernant la formation continue où la thématique des violences conjugales a été abordée sans en être le sujet principal, le tableau suivant est obtenu :

TABLEAU DES EFFECTIFS OBSERVES				
		FC – sujet abordé		Total ligne
		oui	non	
FI	oui	3	26	29
	non	33	112	145
Total colonne		36	138	174

Tableau 8 : Tableau croisé dynamique (FI et FC - sujet abordé)

A priori, les effectifs observés ne permettent pas de mettre en évidence un lien entre les deux variables. Ici, la réalisation du test de Khi-deux est possible car les effectifs théoriques sont tous supérieurs à 5. L'hypothèse H0 « *les variables sont indépendantes* » est émise. Elle sera rejetée si la valeur du Khi-deux est supérieure aux valeurs critiques, ou acceptée si la valeur du Khi-deux est inférieure aux valeurs critiques. Les valeurs critiques sont calculées au risque 1% et 5%.

Le tableau calculant les effectifs théoriques est créé en multipliant, pour la case orangée d'exemple, le pourcentage de MK ayant eu des enseignements en FC par le total des MK ayant reçu un enseignement en FI, soit « = 20,7% * 29 ». Cette formule est appliquée pour toutes les cases en associant les bons pourcentages aux bons totaux de lignes. Le tableau suivant est obtenu :

TABLEAU DES EFFECTIFS THEORIQUES				
		FC – sujet abordé		Total ligne
		oui	non	
FI	oui	6	23	29
	non	30	115	145
Total colonne		36	138	174
Pourcentage		20,7%	79,3%	100%

Tableau 9 : Effectifs théoriques du croisement des variables FI et FC - sujet abordé

Le tableau de Khi-deux est créé en appliquant la formule suivante pour chaque case du tableau : « = effectif observé – effectif théorique) ^ 2 / effectif théorique ». Pour reprendre l'exemple de la première case orangée du tableau, cela nous donne « = (3-6)^2 / 6 ». Le tableau suivant est obtenu :

TABLEAU DU KHI-DEUX				
		FC – sujet abordé		Total ligne
		oui	non	
FI	oui	1,50	0,39	1,89
	non	0,30	0,08	0,38
Total colonne		1,80	0,47	2,27

Tableau 10 : Tableau du test du Khi-deux d'indépendance entre les variables FI et FC - sujet abordé

La réalisation du test de Khi-deux donne une valeur à 2,27. Les valeurs critiques étant de 3,84 pour un risque de 5% et de 6,63 pour un risque de 1%, l'hypothèse H0 « *les variables sont indépendantes* » ne peut pas être rejetée.

A priori, il n'existe donc pas de lien entre le fait d'avoir reçu des enseignements en formation initiale au sujet des violences conjugales et la réalisation de formation complémentaire sur ce même sujet.

Troisièmement, nous pouvons nous demander si les MK ayant déjà pris en charge des femmes victimes de violences conjugales, l'expérience à proprement parlé, se sentent plus compétents dans leur prise en soin. Le graphique suivant expose les résultats :

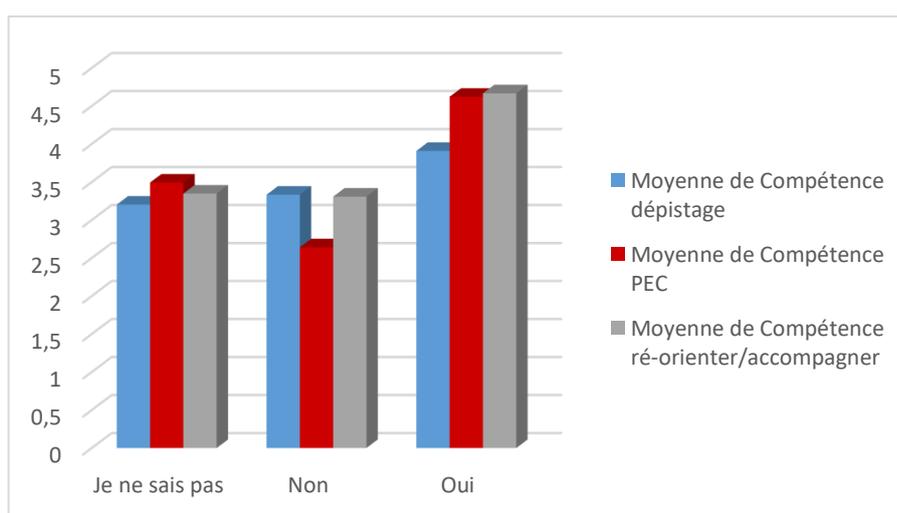


Figure 28 : L'expérience améliore-t-elle la compétence dans la prise en soin ?

TABLEAU COMPARATIF DES MOYENNES OBTENUES			
Expérience	Compétence dépiage	Compétence prise en charge	Compétence accompagnement
Oui	3,91	4,62	4,67
Non	3,33	2,64	3,31
Je ne sais pas	3,20	3,49	3,35
Moyenne générale	3,5	3,7	3,8

Tableau 11: Moyennes du sentiment de compétence en fonction de l'expérience

Ce graphique croisé dynamique montre que le sentiment de compétence des MK ayant déjà pris en charge des femmes victimes de violences conjugales (n=66) semble meilleur dans les trois domaines de la prise en charge.

Là encore, le test de Khi-deux d'indépendance n'est pas réalisable car la condition d'effectif « $n > 5$ » pour certaines catégories n'est pas remplie.

Ainsi l'expérience, en terme de situation déjà rencontrée, semble améliorer globalement le sentiment de compétence des MK dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Quatrièmement, nous pouvons nous demander s'il existe une différence de sentiment de compétence entre les MK libéraux et les MK salariés. Ce graphique croisé dynamique reprend les moyennes obtenues pour chaque catégorie :

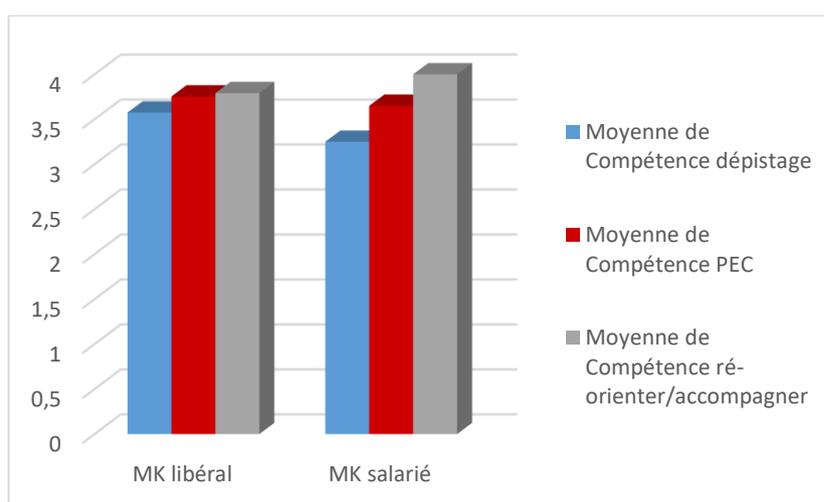


Figure 29 : Graphique croisé dynamique (statut et sentiment de compétence)

TABLEAU COMPARATIF DES MOYENNES OBTENUES			
Statut d'exercice	Compétence dépistage	Compétence prise en charge	Compétence accompagnement
Libéral	3,57	3,75	3,79
Salarié	3,25	3,65	4
Moyenne générale	3,5	3,7	3,8

Tableau 12 : Moyennes du sentiment de compétence en fonction du statut d'exercice

Les résultats obtenus ne permettent de conclure à une augmentation du sentiment de compétence en fonction du statut d'exercice, les différences étant trop discrètes et paraissant peu significatives.

VI.2 Limites de l'étude

Ce travail d'initiation à la recherche comporte un certain nombre de biais et de limites, détaillés ci-dessous.

VI.2.1 Lié à l'échantillon recueilli

Premièrement, la taille de l'échantillon recueilli (n=174) n'est pas suffisante pour assurer sa représentativité par rapport à la population cible. Pour rappel, la taille de l'échantillon devait être de n=383, pour un niveau de confiance à 95% et une marge d'erreur de 5%, afin d'être représentatif de la population cible.

De plus, l'échantillon recueilli est non représentatif de la population cible pour les raisons suivantes :

- 74%, soit la majorité des MK interrogés, sont de sexe féminin alors que la population cible se répartit en 50,6% de femmes contre 49,4% d'hommes,
- 23% des MK interrogés exercent en salariat alors qu'ils représentent 14,7% de la population cible,
- 54% des MK interrogés ont été diplômés entre 2019 et 2021. L'échantillon recueilli est donc majoritairement un échantillon fraîchement diplômé et par définition, moins expérimenté,
- 54,6% des MK interrogés exercent en région Bretagne. Pourtant, les 4613 MK bretons ne représentent que 5,1% de l'effectif national (28).

Ces deux derniers constats seront davantage détaillés dans la **partie VI.2.3** sur les biais liés à la méthode de diffusion du questionnaire.

Globalement, l'échantillon recueilli reflète une population de MK « jeunes diplômés », de sexe féminin, exerçant en libéral et en région Bretagne.

VI.2.2 Lié à la construction du questionnaire

Certains biais et limites sont à relever quant à la formulation et la construction du questionnaire.

Concernant la formulation, à la question n°10 de la partie II « *Sauriez-vous quantifier approximativement le nombre de fois que vous avez abordé la question dans votre carrière ?* », quelques MK ont répondu par des phrases sans estimation du nombre. Cette question était accessible aux MK ayant répondu par « *Souvent* » et « *Rarement* » à la question n°9 qui la précédait : « *Dans votre pratique, posez-vous la question de l'existence de violences conjugales aux patientes que vous recevez ?* ». Sur les 95 MK ayant eu accès à cette question, sept réponses, et donc sept formulaires, sont devenus inexploitable et ont été supprimés. Ayant constaté rapidement ce problème après la diffusion du questionnaire, une modification de la formulation de cette question a été apportée par l'ajout de la mention « *chiffres uniquement* » pour éviter de supprimer davantage de formulaires. Malgré cette modification, certains MK ont répondu par une phrase avec, tout-de-même, une estimation du nombre. Ces réponses ont été conservées car la donnée à analyser pouvait être extraite. Un seul autre formulaire ne comprenant aucune estimation du nombre a été supprimé à la suite de cette modification.

Sur cette même question, certains MK ont répondu par une estimation précise, d'autres MK ont répondu en donnant une tranche (par exemple : « *entre 5 et 10 fois* »). Pour faciliter l'analyse des résultats, l'estimation haute de la tranche a été conservée pour les MK ayant répondu de cette manière (pour reprendre l'exemple précédent, l'estimation « *10 fois* » a été retenue). La manipulation des résultats de cette question implique une perte de fiabilité. Cependant, cette question ne faisait pas l'objet d'une réponse à une hypothèse et était utile pour comprendre ce que le MK sous-entendait par « *Souvent* » et « *Rarement* ». Les résultats obtenus permettent de dégager une tendance. Après réflexion, une liste déroulante de proposition de réponses aurait été plus judicieuse : « *0 à 4* », « *5 à 9* », « *10 à 14* », « *15 à 19* », etc... Il aurait été également plus logique de rapporter cette estimation à l'année car il est évident que les jeunes diplômés n'ont pas eu autant d'occasions pour poser cette question par rapport aux anciens diplômés.

Une formulation plus adéquate de cette question aurait permis d'éviter la suppression de 7 questionnaires et de faciliter la lecture des résultats.

Dans la partie V, la question n°28 « *Selon vous, l'expérience accumulée au fil des années vous rend-t-elle plus compétent pour prendre en charge ces femmes ?* » proposait un choix de réponse unique parmi les quatre suivantes : « *Oui, très d'accord* », « *Oui, plutôt d'accord* », « *Non* », « *Je ne sais pas* ». Après réflexion, les propositions ne sont pas équilibrées et ont pour conséquence d'influencer le répondant dans sa réponse. En effet, deux des quatre propositions montre l'accord du MK, une seule proposition montre le désaccord et la dernière proposition traduit la neutralité vis-à-vis de la question posée. Il est donc possible que les MK répondants aient été influencé par cette répartition déséquilibrée et qu'ils aient coché des réponses positives montrant leur accord. Il est également envisageable qu'ils ne se soient pas sentis représentés par le « *Non* », réponse très catégorique, et qu'ils aient donc coché par défaut une autre proposition. Pour rappel, 59% des MK interrogés ont coché l'une ou l'autre des propositions positives, 22% ont coché « *Je ne sais pas* » et 19% ont coché « *Non* ». Un choix de proposition équilibré aurait été de créer une échelle de Likert avec 5 réponses possibles : « *pas du tout d'accord* », « *plutôt pas d'accord* », « *ni en accord, ni en désaccord* », « *plutôt d'accord* », « *tout à fait d'accord* ». Cette répartition de proposition aurait permis de faire apparaître de la nuance dans les réponses recueillies, sans influencer le répondant.

Concernant la construction du questionnaire, certains MK ont répondu à une question qui ne les concernaient pas dans la partie IV sur le contenu de la formation continue. Dans cette partie, deux questions se font suite :

- l'une cherchant à savoir si les MK interrogés ont participé à une formation continue où la thématique des violences conjugales était abordée en tant que sujet principal (question n°19),
- l'autre cherchant à savoir si les MK interrogés ont participé à une formation continue où la thématique des violences conjugales était abordée, sans en être le sujet principal (question n°20).

Les MK étaient amenés à cocher « *Oui* » ou « *Non* » pour chacune des deux questions.

Ensuite, les MK étaient invités à répondre à une autre question (n°21 ou n°22) en fonction de leurs réponses aux deux questions précédentes (n°19 et n°20) :

- Pour ceux ayant répondu par « *Oui* » à au moins une des questions précédentes, les MK étaient amenés à évaluer l'utilité de ces enseignements (question n°21).
- Pour ceux ayant répondu « *Non* », les MK étaient amenés à évaluer s'il leur serait utile et bénéfique de recevoir des enseignements (question n°22).

Cette configuration et l'enchaînement des questions n'ont pas été suffisamment clairs car certains MK ont répondu aux questions n° 21 et n°22, au lieu de ne répondre qu'à une seule des deux en fonction de leurs réponses aux questions n°19 et n°20. Une indication au début de chaque question était pourtant présente : « *Si oui à au moins une des deux questions précédentes* » pour la question n°21 et « *Si non* » pour la question n°22.

Pour éviter ces erreurs dans le remplissage du questionnaire, la réalisation d'un branchement conditionnel aurait été pertinente. Afin de limiter la perte de données conséquente liée à cette construction inadéquate du questionnaire, les résultats obtenus ont été modifiés en supprimant manuellement les réponses à la question n°21 ou n°22, en fonction de ce que les MK avaient répondu aux questions n°19 et n°20. Il s'agit, là encore, d'une manipulation des données constituant un biais important.

Finalement, le choix de ne pas conduire d'entretiens avant l'élaboration du questionnaire peut être remis en question. Il est possible que certains sujets n'aient pas été abordés ou alors de manière superficielle. Il est également possible que les entretiens auraient permis de construire et formuler différemment le questionnaire afin de faciliter son administration et sa compréhension. Seulement, l'occasion de rencontrer un masseur-kinésithérapeute « expert » dans le domaine ne s'est pas présentée et explique ce choix.

VI.2.3 Lié à la diffusion du questionnaire

La diffusion de ce questionnaire auto-administré par le biais d'Internet montre quelques limites :

- Il est impossible de s'assurer de l'identité des répondants. Il est donc envisageable que des étudiants, des MK retraités, ou encore des MK exerçant dans d'autres pays aient répondu à ce questionnaire, de même que des individus n'ayant jamais exercé cette profession. La diffusion de cette enquête par le CNOMK aurait pu permettre de limiter ce potentiel biais, mais aucune réponse n'avait été apportée à la demande de diffusion.
- La diffusion du questionnaire par réseau de connaissance explique la proportion importante de MK bretons dans l'échantillon recueilli, remettant en cause la représentativité de celui-ci.
- L'utilisation des réseaux sociaux (Facebook, Instagram) présente le risque d'exclure une partie de la population cible qui pourrait ne pas être à l'aise avec les nouvelles technologies et donc de se focaliser sur un public probablement plus « jeune ».
- La réponse à ce questionnaire est basée sur le volontariat et sélectionne donc des profils de MK portant un minimum d'intérêt à ce sujet.
- L'auto-administration du questionnaire peut également être à l'origine d'erreurs dans le remplissage des réponses, entraînant la suppression de quelques questionnaires. Cela constitue une perte de données qui aurait pu être évitée par une formulation plus adéquate des questions (détaillée précédemment dans la partie VI.2.2) mais aussi par un mode d'administration différent. Ce constat est à relativiser car l'échantillon recueilli par un mode d'administration en « face à face » aurait été beaucoup plus faible par manque de temps et de moyen, comparativement aux questionnaires supprimés.

VI.2.4 Lié à l'analyse des résultats

Une grande partie des résultats obtenus à la suite de l'analyse statistique ne sont que des tendances observées à partir du tri croisé. En effet, les tests de Khi-deux d'indépendance n'ont pas pu être appliqués car les effectifs théoriques des variables à tester étaient souvent inférieurs à 5, condition à valider pour pouvoir réaliser ces tests. Des tests exacts de Fisher auraient pu être utilisés pour vérifier la dépendance des variables mais par manque de temps et de connaissances en analyse statistique, cela n'a pas été fait.

VI.3 Perspective de l'étude

L'une des grandes questions qui n'aura pas trouvé réponse dans ce travail est de savoir quels sont les freins au dépistage systématique. Nous pouvons nous demander si cela est lié au manque de formation des MK, s'ils ne se sentent pas légitimes de poser cette fameuse question, s'ils pensent qu'il incombe à d'autres professionnels de Santé, tels que les médecins, de le faire, ou encore s'ils n'osent pas poser la question par peur de ne pas savoir que faire des potentielles révélations. Les freins au dépistage systématique pourraient donc faire l'objet d'un autre travail d'initiation à la recherche.

L'efficacité du dépistage systématique pourrait également être explorée en comparant le taux de détection des violences conjugales dans deux échantillons : l'un constitué de MK intégrant le dépistage systématique auprès de leur patientèle, l'autre sans dépistage systématique.

Cette enquête, s'inscrivant à la suite de celle réalisée par la MIPROF et le CNOMK, montre bien la nécessité de former les MK au sujet des violences conjugales. Les résultats obtenus devraient encourager les instituts de formation en masso-kinésithérapie à intégrer des enseignements spécifiques en formation initiale pour sensibiliser à ce sujet. Un recensement régulier des IFMK proposant un module sur cette thématique permettrait de suivre l'évolution de l'intégration d'enseignements. Une offre de formation continue plus importante permettrait aux MK de se former et donc d'améliorer leur sentiment de compétence.

VI.4 Projection professionnelle

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de prendre conscience de l'ampleur du problème que représentent les violences conjugales et de leurs conséquences à l'échelle de la Santé Publique. Cela m'a également permis d'acquérir de nombreuses connaissances sur cette thématique : comment les repérer, comment les aborder, que faire pour accompagner les personnes qui en sont victimes. Même si cela reste très théorique, c'est un socle sur lequel je peux désormais construire mon approche de dépistage et d'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales. A l'occasion de mes deux derniers stages en troisième et quatrième année d'étude, j'ai pu aborder ce sujet avec quelques patientes. S'il m'est encore difficile d'inclure un dépistage systématique à ce stade de ma pratique, cela me pousse à le faire de plus en plus et me permettra à long terme d'arriver au dépistage systématique auprès des femmes et des hommes que je recevrai en soin.

Les résultats obtenus au cours de cette enquête montrent que la grande majorité des MK interrogés ne pratiquent pas le dépistage systématique et qu'ils ne savent donc pas s'ils ont déjà pris en charge une femme victime de violences conjugales. Cela m'encourage à parler des recommandations spécifiques à ce sujet de la HAS et de ce travail aux MK avec qui je serai amenée à travailler, pour les inciter à intégrer le dépistage systématique dans leur pratique.

Dans une autre perspective, le fait que peu de MK soient au courant des recommandations de la HAS m'encourage à me tenir informer des publications pour ne pas passer à côté de certains sujets sur lesquels je n'irais pas chercher d'informations.

VII. Conclusion

Les violences conjugales constituent un enjeu de Santé Publique majeur et entraînent des répercussions lourdes à toutes les échelles, allant de la santé de la femme et des enfants aux dépenses nationales qu'elles engendrent. Les recommandations de la HAS, datant de 2019, mettent les masseurs-kinésithérapeutes au premier rang dans le dépistage des femmes victimes de violences conjugales. Cependant, ces recommandations semblent peiner à se mettre en place sur le terrain.

L'objectif de ce travail d'initiation à la recherche était d'évaluer le sentiment de compétence des masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Ainsi, un questionnaire en ligne à destination des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et salariés exerçant en France a été diffusé. Les résultats obtenus ont montré que la grande majorité des masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas reçu d'enseignements sur cette thématique alors qu'ils l'auraient souhaité et qu'ils estiment que cela leur serait utile et bénéfique. Le sentiment de compétence des masseurs-kinésithérapeutes dans ce type de prise en charge avoisine 3,6/10 et semble légèrement meilleur chez les masseurs-kinésithérapeutes ayant reçu des enseignements à ce sujet ou ayant déjà pris en charge une femme victime de violences conjugales. Le dépistage systématique, objet des recommandations 2019 de la HAS, n'est globalement pas mis en place. Ces différents résultats montrent la nécessité d'intégrer un module d'enseignement en formation initiale pour sensibiliser les masseurs-kinésithérapeutes au sujet des violences et leur permettre de les dépister.

Il convient de rappeler que les données ont été recueillies sur un échantillon non-représentatif de la population cible et que la méthodologie présente certaines limites. Ces données permettent néanmoins de dégager une tendance qui s'inscrit dans la continuité de celle observée au cours des enquêtes de la MIPROF, du CNOMK et de la FNEK en 2020.

Des études complémentaires sur les freins à la mise en place du dépistage systématique pourraient permettre d'axer le contenu de la formation sur ces derniers et faciliter son intégration dans la pratique des masseurs-kinésithérapeutes. La finalité étant de dépister les violences afin de concourir à une prise en charge optimale de ces femmes et de promouvoir la Santé Publique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Moiron-Braud E. Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions [Internet]. 2020 juill p. 85. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/communique-de-presse-rapport-vif-confinement-29-07-2020/>
2. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
3. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Les kinésithérapeutes disposent de plus de moyens pour aider les femmes victimes de violences [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/les-kinesitherapeutes-disposent-de-plus-de-moyens-pour-aider-les-femmes-victimes-de-violences/>
4. HCDH. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
5. OMS. La violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
6. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. 2002. Disponible sur: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/
7. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf
8. Ministère de la Cohésion Sociale et de la Parité. Auteurs de violence au sein du couple : prise en charge et prévention [Internet]. 2006. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/28136-auteurs-de-violence-au-sein-du-couple-prise-en-charge-et-prevention>

9. Ecoute Violences Conjugales. Violence VS conflit. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ecouteviolencesconjugales.be/pourquoi-appeler/victime/violence-vs-conflit/>
10. Paradis L. L'enfant exposé à la violence conjugale, son vécu, notre rôle, l'enfant une éponge. Québec; 2012. 131 p.
11. Gouvernement. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes. [Internet]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-referance-violences-faites-aux-femmes>
12. Cillart L, Parayre I, Pereira B, Desmartin C, Leymarie MC. État de lieux des pratiques du dépistage des violences conjugales en Auvergne. Rev Sage-Femme. 1 nov 2017;16(5):296-302.
13. Parlement européen. Rapport sur la situation des femmes handicapées dans l'Union européenne (2006/2277(INI)). 29 mars 2007;11.
14. OMS. La violence exercée par un partenaire intime [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_36/fr/
15. Howard LM, Trevillion K, Agnew-Davies R. Domestic violence and mental health. Int Rev Psychiatry. oct 2010;22(5):525-34.
16. Cavalin C, Albagly M, Mugnier C, Nectoux M, Bauduin C. // Cost estimation of intimate partner violence and its consequences on children in France in 2012 : a summary of the third French cost study. Bull Epidemiol Hebd. 19 juill 2016;390-8.
17. OMS. COVID-19 et violence à l'égard des femmes [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/vaw-covid-19/fr/>
18. Gouvernement. Violences au sein du couple | [Internet]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-au-sein-du-couple>
19. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Lutte contre les violences faites aux femmes [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/violences-faites-aux-femmes/>

20. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Comment repérer - évaluer [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf
21. McCoy M. Domestic violence: clues to victimization. *Ann Emerg Med.* juin 1996;27(6):764-5.
22. Service Public. Violence conjugale [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
23. Service Public. Viol commis sur une personne majeure [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1526>
24. Service Public. Agression sexuelle commise sur une personne majeure [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33891>
25. Croquet P. #MeToo, du phénomène viral au « mouvement social féminin du XXI^e siècle ». [Internet]. 14 oct 2018. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/pixels/article/2018/10/14/metoo-du-phenomene-viral-au-mouvement-social-feminin-du-xxie-siecle_5369189_4408996.html
26. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Les kinésithérapeutes face aux violences faites aux femmes [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2020/11/miprof_2020_enquete-etudiant-e-s-et-mk_actifs.pdf
27. Wittorski R. De la fabrication des compétences. *Éducation Perm.* sept 1998;(135):57-69.
28. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. La démographie des kinésithérapeutes en 2020 [Internet]. 2021 mars. p. 28. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2020/>
29. Fenneteau H. *Enquête : entretien et questionnaire*. 3^e édition. Dunod; 2015. 120 p. (Les Topos).
30. Dragnsurvey. Créer un questionnaire en ligne - Méthodologie et bonnes pratiques [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.dragnsurvey.com/download/telecharger_guide

ANNEXES

Annexe I.....	1
Annexe II	2
Annexe III.....	3
Annexe IV.....	4
Annexe V.....	5

Annexe I

Messages clés	
■	Montrer son implication
➤	mettre des affiches et des brochures à disposition des patients dans la salle d'attente
■	Questionner systématiquement, même en l'absence de signe d'alerte,
➤	un repérage précoce est primordial car les faits de violences s'aggravent et s'accroissent avec le temps.
➤	La violence au sein du couple concerne tous les âges de la vie et tous les milieux sociaux et culturels
■	Y penser particulièrement en contexte de grossesse et de post-partum
➤	Adopter une attitude empathique et bienveillante sans porter de jugement
■	Considérer l'impact sur les enfants du foyer pour les protéger
➤	toute situation de violence au sein du couple constitue une situation de maltraitance pour les enfants qui y sont exposés
■	Expliquer les spécificités des violences au sein du couple pour déculpabiliser la patiente et l'aider à agir
➤	différents types de violences : psychologiques, verbales, physiques, sexuelles, économiques, le plus souvent récurrents et cumulatifs, entre partenaires intimes
➤	évolue par cycle successifs augmentant en intensité et en fréquence dans le temps
■	Evaluer les signes de gravité
➤	Si besoin mettre en place des mesures de protection
■	Etablir un certificat médical ou une attestation professionnelle
➤	Peut être utilisé pour faire valoir les droits de la victime et obtenir une mesure de protection
■	Si besoin faire un signalement (cf. paragraphe 4.8) :
➤	Avec l'accord de la victime, pour porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations constatés, sans nommer l'auteur des faits
➤	Mais cet accord n'est pas nécessaire si la victime est un mineur, une personne vulnérable ou un majeur en danger immédiat et placé dans l'incapacité de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. (article 226-14 du code pénal) ¹²
■	Informez et orientez la victime en fonction de la situation
➤	informer la victime qu'elle est en droit de déposer plainte, les faits de violence sont interdits et punis par la loi
➤	orienter vers les structures associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider
■	S'entourer d'un réseau sanitaire multidisciplinaire



**Modèle de certificat médical masseur-kinésithérapeute
EN CAS DE VIOLENCE SUR PERSONNE MAJEURE
Sur demande de la personne et remis en main propre
Validé par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes
Un double doit être conservé par le masseur-kinésithérapeute**

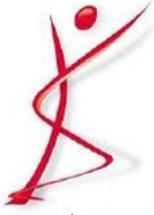
Prénom et nom du masseur-kinésithérapeute :
Adresse professionnelle :
N° RPPS :
N° d'inscription au tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes :
Je certifie avoir examiné (date en toutes lettres) :
à (heure) :
à (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) :
Madame ou monsieur (prénom et nom)¹ :
né le (en toutes lettres) :
Domicilié à :
Age de la grossesse (le cas échéant) :

FAITS :
La personne déclare « j'ai été/je suis :

DOLEANCES EXPRIMEES PAR LA PERSONNE :
Elle dit se plaindre de² : «

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... »

² Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri. Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signaler le caractère répétitif.



LA PERSONNE PRÉSENTE A L'EXAMEN :

Sur le plan physique :

Sur le plan psychique :

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, madame, monsieur (prénom, nom, adresse) :

Certificat établi le (date et heure)

à (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) :

à la demande de madame, monsieur (prénom et nom)

et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Signature (et cachet) d'authentification :

Annexe III

Par exemple

- « *Comment vous sentez-vous à la maison ?* »
- « *Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ?* »
- « *En cas de dispute, cela se passe comment ?* »
- « *Comment se passent vos rapports intimes ? Et en cas de désaccord ?* »
- « *Avez-vous peur pour vos enfants ?* »
- « *Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ?* »
- « *Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ?* »
- « *Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ?* »
- « *Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ?* »
- « *Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ?* »

Annexe IV

<p>Troubles physiques</p>	<p>Signes fonctionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexpliquées. ■ Symptômes physiques chroniques inexpliqués : douleurs, asthénie, troubles digestifs, sensation d'engourdissements et de fourmillements dans les mains, palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer. ■ Mésusage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques, par exemple). <p>Signes cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lésions traumatiques surtout si elles sont répétées (anciennes et multiples), évoquant la marque d'un objet vulnérant, avec des explications vagues et qui paraissent peu plausibles avec le mécanisme traumatique allégué. ■ Maladie chronique déséquilibrée.
<p>Troubles psychologiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires ; automutilations. ■ Addictions et/ou abus de substances. ■ Symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique (hypervigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement). ■ Des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto-dévalorisation ». ■ États d'anxiété, de panique, ou manifestations phobiques. ■ Des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars. ■ Des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie. ■ Des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire. ■ Des troubles psychosomatiques.
<p>Santé sexuelle et reproductive</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infections génitales et urinaires à répétition, et infections sexuellement transmissibles (IST) répétées, transmission du VIH. ■ Troubles de la sexualité, comportement sexuel à risque. ■ Douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie. ■ Grossesses non désirées et Interruptions volontaires de grossesse. ■ Complications obstétricales : décès maternel, hémorragie fœto-maternelle, fausses-couches, infections maternelles, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse. ■ Complications fœtales : mort <i>in utero</i>, retard de croissance intra-utérine, prématurité, faible poids à la naissance. ■ Retard ou absence d'accès aux soins périnataux. ■ Comportements à risque pendant la grossesse (tabac, alcool, drogues illicites, mauvaise nutrition).
<p>En cabinet dentaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Récidive de fracture dentaire, de fracture de prothèse, etc. ■ Plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes, etc. ■ Asymétrie du visage, affaissement facial. ■ Troubles de l'occlusion. ■ Douleur de l'articulation temporo-mandibulaire. ■ Attitude « trop » résistante à la douleur. ■ Attitude très docile, voire figée. ■ Troubles somatiques. ■ Impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche. ■ Réflexions lors de l'examen clinique comme : « <i>J'ai l'impression qu'on me viole</i> ».

Annexe V

MK ET PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES
<p>Bonjour,</p> <p>Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude de masso-kinésithérapie, je m'intéresse à la place du MK dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. En 2020, ce sont encore 90 femmes qui ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire. Ces violences représentent un enjeu majeur de Santé Publique auquel nous pouvons être confrontés dans notre pratique. Ce questionnaire a pour vocation d'explorer notre sentiment de compétence face à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.</p> <p>Ce questionnaire est à destination des MKDE, libéraux et salariés, exerçant en France (y compris DOM-TOM).</p> <p>Ce questionnaire est réalisable en une dizaine de minutes et est anonyme.</p> <p>Les données recueillies ne seront utilisées que dans le cadre de ce mémoire.</p> <p>Merci de votre participation, Lorraine Kersalé.</p>
DONNEES ADMINISTRATIVES
<p>Q1 – Vous êtes ?</p> <ul style="list-style-type: none">▪ <i>MK libéral</i>▪ <i>MK salarié</i>▪ <i>MK formateur</i>
<p>Q2 – Vous êtes ?</p> <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Une femme</i>▪ <i>Un homme</i>▪ <i>Je ne souhaite pas le préciser</i>
<p>Q3 – Dans quelle région exercez-vous ?</p> <p><i>Liste déroulante des 14 régions françaises</i></p>
<p>Q4 - En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de masseur-kinésithérapeute ?</p> <p><i>Liste déroulante de 1979 à 2021</i></p>
<p>Q5 - Dans quel IFMK avez-vous réalisé vos études ?</p> <p><i>Réponse libre</i></p>

<p>Q6 – Avez-vous une ou des spécialités d'exercice ?</p> <p><i>Réponse libre</i></p>
<p>PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES</p>
<p>Q7 – Pour vous, que représente le terme de « violences conjugales » ?</p> <p><i>Réponse libre</i></p>
<p>Q8 – Avez-vous connaissance des recommandations de la Haute Autorité de Santé au sujet du dépistage de ces violences ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Oui</i> ▪ <i>Non</i>
<p>Q9 – Dans votre pratique, posez-vous la question de l'existence de violences conjugales aux patientes que vous recevez ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Systématiquement (→ Q11)</i> ▪ <i>Souvent (→ Q10)</i> ▪ <i>Rarement (→ Q10)</i> ▪ <i>Jamais (→ Q11)</i>
<p>Q10 – Sauriez-vous quantifier approximativement le nombre de fois que vous avez abordé la question dans votre carrière ? (Chiffres uniquement)</p> <p><i>Réponse libre</i></p>
<p>Q11 – Quels signes pourraient vous alerter sur l'existence de violences conjugales chez une femme ?</p> <p><i>Réponse libre</i></p>
<p>Q12 – Avez-vous déjà pris en charge une femme victime de violences conjugales ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Oui (→ Q13 et 14)</i> ▪ <i>Non (→ Q16)</i> ▪ <i>Je ne sais pas (→ Q15)</i>
<p>Q13 – Si "oui", comment l'avez-vous appris ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Par la patiente au décours d'une conversation</i> ▪ <i>Par le prescripteur</i> ▪ <i>Lors de votre bilan initial</i> ▪ <i>En posant la question lors d'une séance suite à des soupçons</i> ▪ <i>Autre</i>

<p>Q14 – Si "oui", vous êtes-vous senti à l'aise pour aborder ce sujet ? <i>Echelle de 0 (pas du tout à l'aise) à 10 (très à l'aise)</i></p>
<p>Q15 – Si "je ne sais pas", est-ce parce que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Vous n'avez pas osé poser la question malgré vos soupçons</i> ▪ <i>La patiente a nié malgré vos soupçons</i> ▪ <i>La patiente n'a pas souhaité répondre</i> ▪ <i>La patiente est restée évasive dans sa réponse</i> ▪ <i>Il est possible que vous ayez reçu une patiente victime de violence sans vous en rendre compte</i> ▪ <i>Autre</i>
<p>CONTENU DE LA FORMATION INITIALE</p>
<p>Q16 - Au cours de votre formation INITIALE, avez-vous reçu des enseignements sur la thématique des violences conjugales ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Oui (→ Q17)</i> ▪ <i>Non (→ Q18)</i>
<p>Q17 – Si "oui", avez-vous trouvé ces enseignements adaptés et utiles ? <i>Echelle de 0 (pas du tout adaptés et utiles) à 10 (très adaptés et utiles)</i></p>
<p>Q18 – Si "non", auriez-vous aimé recevoir des enseignements sur cette thématique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Oui</i> ▪ <i>Non</i> ▪ <i>Je ne sais pas</i>
<p>PARCOURS DE FORMATION CONTINUE</p>
<p>Q19 – Au cours de votre formation CONTINUE, avez-vous participé à des formations, webinaires, conférences où la thématique des violences conjugales était le sujet principal ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Oui</i> ▪ <i>Non</i>
<p>Q20 – Au cours de votre formation CONTINUE, avez-vous participé à des formations, webinaires, conférences où la thématique des violences conjugales a été abordée, sans être le sujet principal ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Oui</i> ▪ <i>Non</i>

<p>Q21 – Si "oui" à au moins une des deux questions précédentes, ces enseignements vous ont-ils été utiles et bénéfiques dans votre pratique ?</p> <p><i>Echelle de 0 (pas du tout utiles et bénéfiques) à 10 (très utiles et bénéfiques)</i></p>
<p>Q22 – Si "non", pensez-vous qu'il vous serait utile et bénéfique de recevoir des enseignements sur cette thématique ?</p> <p><i>Echelle de 0 (pas du tout utile et bénéfique) à 10 (très utile et bénéfique)</i></p>
<p>Q23 – Diriez-vous que vous êtes sensibilisés au sujet des violences conjugales ? (Plusieurs réponses possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Par votre formation initiale</i> ▪ <i>Par votre formation continue</i> ▪ <i>Par des recherches personnelles</i> ▪ <i>Par des campagnes de communication</i> ▪ <i>Par la presse, médias, réseaux sociaux...</i> ▪ <i>Par une situation personnelle / familiale / entourage</i>
<p>COMPETENCE ET EXPERIENCE</p>
<p>Q24 – A ce jour, vous sentez-vous compétent pour dépister une femme victime de violences conjugales ?</p> <p><i>Echelle de 0 (pas du tout compétent) à 10 (très compétent)</i></p>
<p>Q25 – A ce jour, vous sentez-vous compétent pour prendre en charge une femme victime de violences conjugales ?</p> <p><i>Echelle de 0 (pas du tout compétent) à 10 (très compétent)</i></p>
<p>Q26 – A ce jour, vous sentez-vous compétent pour accompagner et réorienter une femme victime de violences conjugales ?</p> <p><i>Echelle de 0 (pas du tout compétent) à 10 (très compétent)</i></p>
<p>Q27 – En dehors d'une formation, qu'est-ce qui pourrait vous rendre plus compétent pour prendre en charge ces femmes ? <i>Réponse libre</i></p>
<p>Q28 – Selon vous, l'expérience accumulée au fil des années vous rend-t-elle plus compétent pour prendre en charge ces femmes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Oui, très d'accord</i> ▪ <i>Oui, plutôt d'accord</i> ▪ <i>Non</i> ▪ <i>Je ne sais pas</i>

NOM : KERSALE

PRENOM : Lorraine

TITRE : Repérage et accompagnement des femmes victimes de violences conjugales en masso-kinésithérapie.

INTRODUCTION : In France in 2021, 113 women died as a result of domestic violence (DV). Physiotherapists have an important role to play in the care of these women. The purpose of this research is to show that systematic screening, recommended by the HAS, is not implemented and that physiotherapists do not feel competent to do it because of their lack of training. **METHOD :** A self-administrated online questionnaire was send to French physiotherapists, from September 2021 to November 2021. **RESULTS :** 174 answers were analysed. Results showed that 1% of physiotherapists apply systematic screening. 17% of the physiotherapists had been taught about DV during their initial training, whereas 70% of the physiotherapists would have liked to have been taught about DV. The average feeling of competence for the care of these women was about 3,6/10. **DISCUSSION :** Results showed that there is a gap between the expectations of the HAS and the feeling of competence of physiotherapists. This is mainly due to the lack of knowledge on this subject. In future research, it would be interesting to investigate the barriers to systematic screening.

INTRODUCTION : En France, en 2021, 113 femmes sont décédées des suites de violences conjugales (VC). Les masseurs-kinésithérapeutes (MK) ont un rôle important à jouer dans la prise en charge de ces femmes. L'objectif de cette recherche est de montrer que le dépistage systématique, recommandé par la HAS, n'est pas mis en œuvre et que les MK ne se sentent pas compétents pour le faire en raison de leur manque de formation. **MÉTHODE :** Un questionnaire en ligne auto-administré a été envoyé aux MK français, de septembre 2021 à novembre 2021. **RESULTATS :** 174 réponses ont été analysées. Les résultats montrent que 1% des MK appliquent un dépistage systématique. 17% des MK ont été sensibilisés aux VC lors de leur formation initiale, alors que 70% des MK auraient aimé recevoir des enseignements sur les VC. La moyenne du sentiment de compétence pour la prise en charge de ces femmes est d'environ 3,6/10. **DISCUSSION :** Les résultats montrent qu'il existe un écart entre les attentes de la HAS et le sentiment de compétence des MK. Ceci est principalement dû au manque de connaissances sur ce sujet. Dans une recherche future, il serait intéressant d'étudier les freins au dépistage systématique.

KEYWORDS : domestic violence, physiotherapist, screening

MOTS CLES : violences conjugales, masseurs-kinésithérapeutes, dépistage

IFMK BREST

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année 2022